

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

MELISSA ORLANDI HONÓRIO

**EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO: UMA ALTERNATIVA DE
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADULTO E IDOSO COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Florianópolis- SC
dezembro de 2006

MELISSA ORLANDI HONÓRIO

**EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO: UMA ALTERNATIVA DE
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADULTO E IDOSO COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em enfermagem- Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Florianópolis, dezembro de 2006

H774e Honório, Melissa Orlandi

Educação para autocuidado : uma alternativa de assistência de enfermagem ao adulto e idoso com incontinência urinária / Melissa Orlandi Honório ; orientadora Silvia Maria Azevedo dos Santos. – Florianópolis, 2006.
95f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2006.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem. 2. Urina – Incontinência – Cuidado e tratamento.
3. Autocuidado. 4. Assoalho pélvico inferior – Reabilitação. I. Santos, Silvia Maria Azevedo dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família,
razão do meu esforço, meu verdadeiro
porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha querida orientadora, Professora Silvia, que com carinho, dedicação e competência mostrou-me o caminho a seguir.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e contribuições, em especial à Professora Lúcia, por ter feito me apaixonar pela Gerontologia.

Ao Hospital Universitário, em especial aos amigos da neonatologia, pelo incentivo; e ao SAMU, pela compreensão e oportunidade de aprendizado.

À fisioterapeuta e amiga Gesilani, que juntamente comigo iniciou esta caminhada e compartilhou de um sonho que hoje se torna realidade.

Às amigas, Joéli, Roberta, Silvana, Sonciarai, Keyla e Kênia, mais que incentivadoras, minha segunda família.

Às minhas pequenas, Brenda e Nanda, pelos sorrisos que me proporcionaram nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais e irmãos, por me lembrarem a cada dia o verdadeiro significado do amor e da união.

E, finalmente agradeço à Deus, por diariamente iluminar e guiar os meus passos.

HONÓRIO, Melissa Orlandi. **Educação para o autocuidado: uma alternativa de enfermagem ao adulto e idoso com incontinência urinária**. 2006. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Curso de Pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Orientadora: Silvia Maria Azevedo dos Santos. Defesa em: 07/12/2006

RESUMO

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno relativamente novo em nosso país. Como ele é um evento multifatorial acarreta profundas transformações na vida das pessoas, especialmente na saúde, nas relações interpessoais, sociais, econômicas, entre outras. Tudo isso vem alterar a qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento, especialmente, no que tange a independência e autonomia. Dentre as alterações possíveis de ocorrer no envelhecimento está a incontinência urinária que, além de possuir múltiplas etiologias, ser grande complexidade terapêutica gera um enorme impacto na vida das pessoas. Assim, o presente estudo teve como objetivo desenvolver uma proposta de educação para o autocuidado, fundamentada na terapia comportamental, junto a adultos e idosos com incontinência urinária, em nível ambulatorial. Este trabalho configurou-se como uma pesquisa convergente assistencial com abordagem qualitativa, que teve como referencial teórico-filosófico a Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem associada às concepções de educação de Paulo Freire. O local de desenvolvimento desse estudo foi o Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-geriátrica (NIPEG/HU/UFSC), situado na área dos ambulatorios, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Participaram dessa pesquisa quatro sujeitos, com idades entre 50 e 72 anos. Para coleta dos dados foram utilizadas as seguintes técnicas e instrumentos: consulta de enfermagem; entrevista semi-estruturada, formulário de avaliação de incontinência urinária e o diário miccional. A análise dos dados deu-se a partir das transcrições das fitas gravadas durante as consultas e encontros, dos dados obtidos através dos instrumentos aplicados associados às anotações feitas no diário de campo. Para tanto, utilizou-se os princípios da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Após a categorização dos dados, foi possível identificar quatro eixos temáticos: hábitos de vida diários; a repercussão da incontinência urinária na qualidade de vida; a busca por suporte e tratamentos; a rede de apoio familiar e relações sociais. Ao sumarizar os resultados da pesquisa foi possível concluir que o tratamento conservador para a incontinência urinária através da reeducação do assoalho pélvico inferior mostrou-se eficiente para esse grupo de pacientes, uma vez que a recuperação total da continência ocorreu com três pacientes e a parcial com um. No entanto, as conquistas obtidas transcenderam os aspectos fisiológicos, tendo sido possível despertar nos pacientes atendidos atitudes de autonomia, tomadas de consciência e mudanças de comportamento. Essas mudanças puderam contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, sendo este um importante diferencial da assistência prestada. Dessa forma, conclui-se que a pesquisa conseguiu de fato alcançar seus objetivos na totalidade, mostrando ser a urologia um campo possível para participação do enfermeiro. Além disso, mostrou que a assistência de enfermagem é capaz de ser inovadora e participativa, na medida em que permite que os pacientes sejam ativos nos processos de cuidado. **Palavras-chave:** enfermagem, incontinência urinária, autocuidado.

HONÓRIO, Melissa Orlandi. **Education for self-care: a nursing alternative for adults and the elderly with urinary incontinence.**

ABSTRACT

The aging of the population is a relatively new phenomenon in Brazil. As it is a multifactorial event surrounded by profound transformations in people's lives, especially as they relate to health care. These transformations are noted in interpersonal, social, and economic relationships, among others. Such changes have their effect on the quality of life of people going through the aging process, most notably those which alter independence and autonomy. Among possible alterations which may occur with aging is urinary incontinence. As well as possessing multiple etiologies, it presents serious therapeutic complexity and thus generates an enormous impact on people's lives. Thus, the objective of the present study is to develop an educational proposal for self-care, founded upon behavioral therapy, together with adults and elderly with ambulatorial urinary incontinence. This research was configured as a convergent care study with a qualitative approach. Its theoretical-philosophical was Dorothea Elizabeth Orem's Self-care Theory associated to the educational conceptions of Paulo Freire. This study was developed and took place in the Interdisciplinary Nucleus for Research, Education, and Gerontological-geriatric Care (NIPEG/HU/UFSC), located in ambulatory wing of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina. Four subjects participated in this study, aged 50 to 72 years. The following techniques and instruments were utilized in the data collection: nursing consultancy, semi-structured interviews, an evaluation form concerning urinary incontinence, and the miccional diary. The data analysis resulted from the transcriptions of the recordings of the consultancies and the meetings, from data acquired through the applied instruments associated with the notations made in the field diary. In order to do so, the analysis content principles proposed by Bardin (1977) were applied. After categorizing the data, it was then possible to identify four thematic guideposts: dialy life habits; the repercussions of urniary incontinence on quality of life; the search for support and treatments; the network of family support and social relationships. Summarizing the research results, it was possible to conclude that the conservative treatment for urinary incontennce through the re-education of the inferior pelvic floor muscles has shown to be efficient for this group of patients in that total recovery from the incontinence was achieved by three of the patients, with partial recovery observed in the fourth. However, the conquests achieved transcend the phisiological aspects, making it possible to awaken autonomous attitudes, soul searching, and behavioral chances in the patients who receive care. These changes may significantly contribute towards an improved quality of life within the patients' lives, as this is an important differential in care given. Thus, we conclude that the research was indeed able to achieve its objectives in their totality, demonstrating urology to be a posisble field for further nursing participation. Beyond this, it shows that nursing care is able to be innovative and participatory, in as much as permits that the patients are active in the care processes. **Keywords:** nursing, self-care, urinary incontinence.

EXTRACTO

El envejecimiento de la población es relativamente un nuevo fenómeno en el Brasil. Pues es un acontecimiento multifactorial rodeado por transformaciones profundas en las vidas de la gente, especialmente pues se relacionan con el cuidado médico. Estas transformaciones se observan en relaciones interpersonales, sociales, y económicas, entre otras. Tales cambios tienen su efecto en la calidad de la vida de la gente que pasa con el proceso del envejecimiento, lo más notablemente posible las que alteren independencia y la autonomía. Entre las alteraciones posibles que pueden ocurrir con el envejecimiento está el incontinence urinario. Tan bien como las etiologías múltiples que poseen, presenta complejidad terapéutica seria y genera así un impacto enorme en las vidas de la gente. Así, el objetivo del actual estudio es desarrollar una oferta educativa para el uno mismo-cuidado, fundada sobre terapia del comportamiento, junto con adultos y ancianos con incontinence urinario ambulatorial. Esta investigación fue configurada como un estudio convergente del cuidado con un acercamiento cualitativo. Su teórico-filosófico era teoría del Uno mismo-cuidado de Dorothea Elizabeth Orem asociada a los conceptos educativos de Paulo Freire. Este estudio fue desarrollado y ocurrió en el núcleo interdisciplinario para la investigación, la educación, y el cuidado Gerontological-geriátrico (NIPEG/HU/UFSC), situado en el ala ambulatoria del hospital de la universidad de la universidad federal de Santa Catarina. Cuatro temas participaron en este estudio, envejecido 50 a 72 años. Las técnicas y los instrumentos siguientes fueron utilizados en la colección de datos: consulta del oficio de enfermera, entrevistas semi-estructuradas, un formulario de evaluación referente a incontinence urinario, y el diario del miccional. El análisis de datos resultó de las transcripciones de las grabaciones de las consultas y de las reuniones, de los datos adquiridos a través de los instrumentos aplicados asociados a las notaciones hechas en el diario del campo. Para hacer así pues, los principios del contenido del análisis propuestos por Bardin (1977) fueron aplicados. Después de categorizar los datos, era entonces posible identificar cuatro postes indicadores temáticos: dialy hábitos de la vida; las repercusiones del incontinence urinario en la calidad de la vida; la búsqueda para la ayuda y los tratamientos; la red de la ayuda de la familia y de las relaciones sociales. Resumiendo los resultados de investigación, era posible concluir que el tratamiento conservador para el incontinence urinario con la re-educación de los músculos pélvicos inferiores del piso ha demostrado para ser eficiente para este grupo de pacientes en que la recuperación total del incontinence fue alcanzada por tres de los pacientes, con la recuperación parcial observada en el cuarto. Sin embargo, las conquistas alcanzadas superan los aspectos fisiológico, permitiendo despertar actitudes autónomas, el alma que busca, y ocasiones del comportamiento en los pacientes que reciben cuidado. Estos cambios pueden contribuir perceptiblemente hacia una calidad de la vida mejorada dentro de las vidas de los pacientes, como esto es un diferencial importante en el cuidado dado. Así, concluimos que la investigación podía de hecho alcanzar sus objetivos en su totalidad, demostrando la urología para ser un campo posible para la participación adicional del oficio de enfermera. Más allá de esto, demuestra que el cuidado de oficio de enfermera puede ser innovador y participante, ya que los permisos que los pacientes son activos en los procesos del cuidado. **Palabras claves:** oficio de enfermera, incontinence urinario, uno mismo-cuidado.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2 OBJETIVOS..... | 5 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 5 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 5 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA..... | 6 |
| 3.1 Aspectos anatomofisiológicos da continência..... | 6 |
| 3.2 Incontinência urinária e envelhecimento..... | 8 |
| 3.3 Reabilitação do trato urinário inferior..... | 10 |
| 3.4 O estado da arte dos tratamentos conservadores no Brasil..... | 11 |
| 3.5 Assistência de enfermagem ao adulto e idoso incontinente..... | 15 |
| 4 AS BASES TEÓRICAS..... | 20 |
| 4.1 Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Elizabeth Orem..... | 21 |
| 4.2 Concepção de Educação de Paulo Freire..... | 23 |
| 4.3 Pressupostos e Conceitos do Marco Conceitual..... | 24 |
| 4.3.1 Pressupostos Básicos..... | 25 |
| 4.3.2 Conceitos..... | 25 |
| 5 MÉTODO..... | 30 |
| 5.1 Local..... | 30 |
| 5.2 Sujeitos da Pesquisa..... | 31 |
| 5.2.1 Critérios de Seleção dos Sujeitos..... | 32 |
| 5.3 Operacionalização da Pesquisa..... | 34 |
| 5.4 Análise dos dados..... | 38 |
| 5.5 Dimensão Ética..... | 39 |
| 6 DISCUSSÃO DOS EIXOS TEMÁTICOS..... | 41 |
| 7 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS..... | 70 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 76 |
| REFERÊNCIAS..... | 79 |
| APÊNDICES..... | 80 |

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno relativamente novo em nosso país. Como ele é um evento multifatorial acarreta profundas transformações na vida das pessoas, especialmente na saúde, nas relações interpessoais, sociais, econômicas, entre outras. Tudo isso vem alterar a qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento, especialmente, no que tange a independência e autonomia.

No Brasil, esse fenômeno de envelhecimento populacional vimos ocorrer especialmente a partir da década de 50 do século passado. Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, realizadas em 1991, entre 1950 e 2025 a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes, colocando o país, em termos absolutos, como a sexta população de idosos no mundo. Se essas projeções se confirmarem, o Brasil contará com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Assim, a proporção de idosos, em relação ao total da população do país, passará de 7,3%, em 1991 (11 milhões), para cerca de 15%, em 2025.

Paralelamente ao aumento da longevidade na população brasileira, verificamos uma crescente preocupação, por parte do governo, em criar políticas que atendam as demandas desse segmento da população. Dados apresentados na Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria nº 1.395/99, afirmam que, em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados. Segundo informações contidas na Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), essa mudança de perfil epidemiológico pode vir a gerar aumento de despesas médico-hospitalares, tornando-se desta forma, um grande desafio para as autoridades sanitárias no sentido da criação de estratégias para enfrentamento do problema.

Por outro lado, para o idoso, a sua saúde acaba sendo melhor estimada, conforme seu nível de independência e autonomia. Segundo essa perspectiva, verificamos uma crescente necessidade de atenção especial à saúde do idoso, de tal forma que promova uma assistência integral e lhe possibilite manter ou reabilitar sua independência e autonomia, tanto quanto possível.

¹ Dados coletados do Ministério da Saúde- www.saude.gov.br/programas/idoso/programas.htm, 2006.

No entanto, vale lembrar que o envelhecimento humano vem acompanhado de um desgaste físico funcional do corpo e da mente, bem como de uma diminuição das respostas fisiológicas às ações do meio. Muitas alterações ficam bem evidentes: perda de peso, diminuição da estatura, mobilidade reduzida, pensamentos mais lentos e aprendizagem mais demorada. Essas alterações físicas e psicológicas geralmente acabam afetando a independência do idoso, e contribuindo, assim, para uma qualidade de vida menor. Daí o motivo pelo qual o envelhecimento é visto, muitas vezes, como doença, embora certas alterações apresentadas pelo idoso sejam inerentes ao processo fisiológico do envelhecimento.

Martins (2004) refere que os problemas de saúde considerados “típicos da terceira idade”, e que apresentam uma alta taxa de prevalência, foram denominados por Bernard Isaacs como os **gigantes da geriatria: imobilidade, instabilidade, insuficiência cerebral, iatrogenia e incontinência**”. Dentre as alterações citadas, comuns às pessoas idosas, dar-se-á foco, no projeto de pesquisa que será apresentado a seguir, à incontinência urinária, que, além de possuir múltiplas etiologias grande complexidade terapêutica, gera um enorme impacto sobre a qualidade de vida dessas pessoas. Sua abordagem, por esses motivos, também é considerada um desafio para a enfermagem. Ao longo deste trabalho, a incontinência urinária será referida, muitas vezes, através da sigla formada suas iniciais – IU.

A incontinência urinária traz ao indivíduo importantes repercussões físicas e sociais, na forma como se manifesta, e segundo conceito da International Continence Society, trata-se de uma perda involuntária de urina, que é um problema social ou higiênico (LOPES & HIGA, 2006). Contudo, nem todos que possuem incontinência procuram ajuda profissional. Estima-se que uma a cada três pessoas que sofrem de incontinência sintam-se constrangidas em falar sobre o assunto com familiares, amigos ou com um profissional de saúde, fazendo com que essas pessoas convivam com o problema por muitos anos, sem procurar ajuda, e o considerem “normal” (SHAW, 2003). Sabe-se, no entanto, que tais distúrbios acabam por afetar diversos aspectos da vida, não só o físico, como também o social, psicológico, ocupacional, doméstico e sexual.

O trauma psicológico pode ser difícil de ser detectado pelas pessoas próximas e mesmo pelo indivíduo que se acostuma a conviver com o problema. É comum surgirem sensações de humilhação, ansiedade, solidão e culpa. Esses sentimentos podem ser reforçados pela reação dos amigos, médicos e enfermeiros, diante do problema

(GLASHAN, 2004). Muitos idosos acabam mudando sua rotina de vida diária e isolando-se. Deixam de freqüenter festas, casas de amigos e familiares; muitas vezes impedem visitas a sua própria casa, com receio de que as pessoas percebam o odor de urina.

Outro aspecto importante, também ressaltado por Glashan (2004), é que os idosos com doenças crônicas podem considerar a IU como um problema menor diante de sua saúde fragilizada, e muitos o encaram como decorrente do processo natural de envelhecimento, inclusive os profissionais da área da saúde pouco informados.

A incontinência urinária leva, muitas vezes, à institucionalização do idoso, e calcula-se que esse distúrbio contribua para a internação de até 50 a 60% dos pacientes que moram em casas de repouso, já que torna muito difícil para as famílias continuarem cuidando do paciente em casa. Vários relatos indicam, considerando somente a população com mais de 60 anos de idade, que 20 a 30% dela é constituída por portadores de incontinência urinária que moram em casa (URONEWS, 1998). Nós não temos ainda estabelecidas a real incidência e prevalência de IU no Brasil, todavia estima-se que nossos dados sejam semelhantes aos dos EUA, em termos percentuais. Assim, acredita-se que a prevalência de IU em idosos seja de 15 a 30% na comunidade e 50% em instituições asilares. Nos EUA, esses dados representam 12 milhões de pessoas, com gastos na ordem de 10 bilhões de dólares por ano (GLASHAN, 2004).

Embora a incontinência urinária não seja uma consequência normal do envelhecimento, alterações do trato urinário relacionadas à idade predis põem a pessoa idosa à incontinência. Os rins são os principais responsáveis pela regulação do volume de líquido e dos sólidos solúveis do corpo. É sabido que, com a idade, ocorrem mudanças na composição do corpo, diminuindo o conteúdo de água enquanto aumenta a concentração de gordura. Os rins diminuem de tamanho e perdem a capacidade de concentrar a urina, especialmente à noite. A bexiga apresenta menor capacidade e perda do tônus muscular. Ela pode não mais se esvaziar completamente durante o ato de urinar (CARROLL & BRUE, 1991, p.49). Com a idade, a capacidade vesical diminuindo, aumentam as contrações involuntárias e, em especial para as mulheres, a redução fisiológica do estrogênio contribui significativamente para a diminuição do tônus muscular. Essas alterações fisiológicas acarretam alguns distúrbios urinários, incluindo a incontinência e a infecção, sendo essas patologias responsáveis por gerarem muitos transtornos na qualidade de vida do idoso.

Mediante o que foi exposto acima, e se sabendo ser a incontinência urinária uma alteração não inerente ao processo de envelhecimento, porém com uma alta incidência na população de idosos, a assistência a esses pacientes constitui-se num grande desafio, que transcende o conforto e a higiene dos adultos e idosos portadores.

Foi então, a partir dessas constatações, que surgiu a questão norteadora desta pesquisa: **De que forma a Terapia Comportamental, como prática educativa de enfermagem para o autocuidado, poderá auxiliar na reabilitação de pacientes adultos e idosos portadores de incontinência urinária?**

Tendo em vista a crescente demanda de idosos incontinentes e a ausência de um serviço de enfermagem que atenda a essa população dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Florianópolis, a pesquisa realizada veio ao encontro de uma lacuna existente nessa área. Assim, foi desenvolvida uma prática educativa voltada para o autocuidado de pacientes idosos com incontinência urinária, através de um projeto piloto implementado num ambulatório do Hospital Universitário, estando este vinculado ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-geriátrica (NIPEG/HU/UFSC). O baixo custo associado aos efeitos positivos desse tratamento vêm corroborar ainda mais a necessidade da participação ativa da enfermagem no auxílio ao idoso incontinente, já que, através da educação em saúde, a enfermeira é capaz de auxiliar na recuperação da continência, ajudando a melhorar significativamente a qualidade de vida dessa população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma proposta de educação para o autocuidado, fundamentada na terapia comportamental, junto a adultos e idosos com incontinência urinária, em nível ambulatorial.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar consultas de enfermagem no ambulatório do Hospital Universitário/UFSC vinculado ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-geriátrico (NIPEG), junto a pacientes com incontinência urinária;
- Aplicar uma metodologia de atendimento a esses pacientes, através da educação para o autocuidado, fundamentada na terapia comportamental, como proposta de tratamento para a incontinência urinária;
- Avaliar a proposta de prática educativa quanto à viabilidade dos atendimentos, resultados do tratamento e satisfação dos pacientes frente à assistência recebida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste Capítulo serão abordadas questões referentes à incontinência urinária, incluindo anatomia do trato urinário e fisiologia da micção. Além disso, serão apresentados aspectos específicos ao processo de envelhecimento, relacionando-o às perdas urinárias, finalizando com os tratamentos existentes, sobretudo referentes à terapia comportamental, procurando abordar o estado da arte sobre o assunto.

3.1 Aspectos anátomofisiológicos da continência

Faz-se importante e necessário o conhecimento das estruturas que compõem o sistema urinário, bem como do funcionamento dos mecanismos de continência, para melhor compreender as questões que envolvem o tratamento da incontinência urinária.

A anatomia dos sistemas urológicos feminino e masculino difere-se em alguns pequenos aspectos, sobretudo em relação à uretra e à presença, no homem, da glândula prostática. Assim, descreve-se de forma sucinta a anatomia urinária, segundo Grosse e Sengler (2002). A bexiga é um órgão músculo-membranoso, situado acima do assoalho pélvico, atrás da sínfese púbica e do púbis, e nas mulheres, mais especificamente, na frente do útero e da vagina. Possui uma capacidade vesical fisiologicamente descrita entre 300 a 600 ml. A uretra, por sua vez, constitui-se no canal de evacuação da urina que se estende do canal vesical, passa pelo períneo e termina na parte superior da vulva, podendo chegar a 3,5 cm de comprimento. No homem, D'ancona (2001) descreve que a uretra pode medir de 18 a 20 cm, estendendo-se do colo vesical até a região da glândula do pênis. A uretra masculina, por sua vez, é dividida em três regiões, segundo o trajeto que realiza: uretra prostática (colo vesical até ápice prostático); uretra bulbar (ápice prostático até ângulo escrotal) e uretra peniana (ângulo escrotal à glândula do pênis).

Grosse e Sengler (2002) descrevem o assoalho pélvico como tendo um importante papel, já que representa o conjunto das partes moles que fecham a pelve e suportam as vísceras, quando a pessoa está em posição vertical. Os músculos do assoalho pélvico estão distribuídos em três planos: profundo, médio e superficial. O esfíncter externo da uretra está localizado no plano médio e constitui-se no músculo essencial para a continência. No plano superficial, encontramos outra importante

estrutura para a reabilitação e o ensinamento dos exercícios que é o Núcleo Fibroso Central (NFC). Esse núcleo está localizado acima do esfíncter anal e nele está inserida e fixada, pelo menos parcialmente, toda a musculatura do assoalho pélvico. Dessa forma, a palpação desse local, durante a contração, permite nos certificarmos da correta contração dos músculos, já que ele costuma se deslocar para cima e para frente, em direção à sínfise púbica. Assim, na impossibilidade de realizar-se um toque vaginal ou retal, como ocorre com frequência no caso de homens, essa vem se mostrando como uma importante estratégia de avaliação da correta contração da musculatura pélvica.

A continência urinária, por sua vez, é determinada por um funcionamento adequado do detrusor e das estruturas uretrais. Dessa forma, para que a continência urinária seja garantida, há necessidade de que a pressão uretral seja superior à pressão vesical, nas situações de esforço ou de repouso (D'ANCONA, 2001). Além disso, as coordenações das funções vesicoesfincteriana estão sujeitas também ao controle dos sistemas simpático e parassimpático, sendo o primeiro responsável pelo enchimento vesical e o segundo pela micção (Grosse & Sengler, 2002).

Esses autores acrescentam ainda que existem duas forças de expulsão que podem caracterizar dois diferentes tipos de incontinência. A primeira delas é a hiperpressão abdominal, fazendo com que a força de expulsão seja maior que as forças de retenção (pressão uretral + resistência uretral), culminando em perdas urinárias. O outro fator desencadeador de perdas é a contração vesical. Nesse caso, a contração vesical ocorre independente da micção, podendo acontecer durante a fase de enchimento vesical. Em atitude reflexa, o esfíncter se relaxa, favorecendo a micção não esperada. Com isso, a única forma de continência fica sendo a contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico, que vai aumentar a pressão uretral. Assim, percebe-se que, para a continência ser estabelecida, é necessário um armazenamento adequado de quantidades ideais de urina com baixas pressões vesicais, além da manutenção de um mecanismo capaz de resistir aos aumentos de pressão intra-abdominal (NITTI & COMBS, 1998).

Uma vez tendo sido revisados alguns aspectos anatômicos e fisiológicos envolvidos no processo de continência urinária, a seguir se apresenta como pode ocorrer a incontinência no processo de envelhecimento.

3.2 Incontinência Urinária e Envelhecimento

O falar e o andar, associados ao controle vesical e intestinal, são sinais de evolução de uma criança que está saindo da primeira infância. Costuma-se, entretanto, associar a falta de controle dos atos de urinar e de evacuar com aspectos relativos à imaturidade, infantilização, ou, pior, ao declínio e à perda de autonomia. Para muitos, a incontinência ainda possui conotações de maus hábitos de higiene e provoca mal-estar. Assim, pessoas que sofram desse distúrbio, especialmente se forem idosos, vivenciam essa situação apresentando problemas psicossociais, como a perda da auto-estima, isolamento social e o embaraço.

Sabe-se, entretanto, que o enfermeiro, através da educação em saúde associada a uma reeducação perineal, pode auxiliar o idoso a recuperar a continência. e promoção da continência, motivando-o para o autocuidado e para a reintegração social. Esse trabalho será mais efetivo, se o enfermeiro possuir conhecimentos consistentes com relação à IU e suas possibilidades de tratamento e puder contar com o auxílio de uma equipe multiprofissional (LELIS & GLASHAN, 2001, P.2)

A incontinência urinária pode ser classificada de acordo com a sintomatologia apresentada pelo paciente e estudos urodinâmicos previamente realizados. Conforme o tipo de incontinência urinária detectada, a forma de abordagem e o tratamento adequado podem variar. Os enfermeiros vêm conquistando gradativamente seu espaço no que diz respeito à participação efetiva na abordagem e tratamento de pacientes incontinentes. Para que haja maior interação e melhor qualidade na assistência prestada, é necessário que eles tenham conhecimento e entendimento acerca do processo de envelhecimento e da perda urinária, dos tipos de tratamentos possíveis (cirúrgico, conservador e farmacológico) e do que seria o mais indicado para cada pessoa. Dessa forma, o enfermeiro poderá ajudar o idoso e sua família a tomarem a melhor decisão no momento de optarem pelo tratamento, sendo assim mais provável que o mesmo venha a corresponder às suas expectativas (LIMA & BORBA, p.9, 2002).

Em seguida, passarei a descrever os tipos de incontinência urinária e suas respectivas prevalências associadas ao envelhecimento.

A Incontinência por Urgência se constitui na principal modalidade de incontinência urinária em pacientes idosos de ambos os sexos, apresentando-se em cerca de 60% dos casos (CONTINENCE CENTER, 2004). Esse tipo de incontinência caracteriza-se pela presença de contrações vesicais involuntárias seguidas de uma súbita

vontade de urinar, durante a fase em que a bexiga está se enchendo. Segundo Shaw (2003), a causa da instabilidade do detrusor é muitas vezes desconhecida, podendo surgir em resultado de obstrução local (câncer ou litíase de bexiga), ou estando relacionada com esclerose múltipla, Doença de Parkinson, tendo também sua probabilidade aumentada com o AVC, demência, prostatectomia e o *Diabetes Mellitus*.

A Incontinência Urinária de Esforço ou incontinência devida a estresse, como também é conhecida, representa 30% dos casos, como modalidade de incontinência em pacientes idosos do sexo feminino (CONTINENCE CENTER, 2004). As causas podem ser variadas, mas estão associadas a uma fraqueza do músculo liso em torno do colo da bexiga e a fibrose da uretra. A perda ocorre quando a pressão intra-abdominal aumenta. Pode ser caracterizada por perdas em jato, na maioria das vezes pouco abundante, sendo sincrônica ao esforço (GROSSE & SENGLER 2002, p.40).

A Incontinência Mista decorre da associação de incontinência de esforço com uma instabilidade vesical, já que a hiperpressão abdominal e a contração da inibição do detrusor acabam superando as forças de contração. Geralmente é o quadro de urgência miccional o que acaba predominando (GROSSE & SENGLER, 2002, p.42).

Incontinência por excesso de fluxo ou transbordamento A Incontinência por Excesso de Fluxo ou Transbordamento se apresenta como importante modalidade de incontinência urinária em homens idosos. O paciente perde urina por transbordamento, já que o mecanismo normal de esvaziamento está alterado. Clinicamente, o que se verifica é que ocorrem perdas em gotejamento, associado à bexiga cheia. Segundo Shaw (2003), esse tipo de incontinência pode resultar de bexiga hipotônica ou qualquer causa que aumente a resistência da uretra ou a obstrução do fluxo, como a constipação intestinal ou hipertrofia benigna da próstata. Nas mulheres, tende a ocorrer após histerectomia e é, com frequência, causada por fraqueza do músculo detrusor.

Tendo sido descritos os tipos de incontinência urinária e sua prevalência em idosos, é preciso destacar que múltiplas são as possibilidades de tratamento existentes. Para garantir a escolha do tratamento adequado e o sucesso do mesmo, seja ele conservador ou não, é necessário um trabalho em equipe, levando também em conta as condições de saúde e a vontade do cliente. Vale destacar que muitos clientes não procuram tratamento por não desejarem realizar cirurgia e desconhecerem a possibilidade de fazerem terapia conservadora. Com isso, passam a conviver com as limitações advindas da incontinência.

Os tratamentos hoje disponíveis se dividem em conservadores e cirúrgicos (Bernardes et al, 2000, p.49). Os primeiros incluem a reabilitação do trato urinário inferior, a farmacologia e a fisioterapia. Como o foco deste trabalho foi o uso da reabilitação do trato urinário inferior, como prática educativa de enfermagem para o autocuidado a pacientes adultos e idosos portadores de incontinência urinária, ela será apresentada a seguir.

3.3 Reabilitação do Trato Urinário Inferior

A terapia conservadora, cada vez mais, tem sido o tratamento escolhido como primeira opção para os distúrbios miccionais, dentre eles a incontinência urinária. Esse método obteve maior atenção após a publicação, em 1996, pelo departamento de saúde do governo norte-americano, das normas para o tratamento da incontinência urinária “recomendando como primeira escolha o tratamento menos invasivo e com menor potencial de reações adversas” (MARTINS, 2000, P.01). Entre as terapias conservadoras, a reabilitação do trato urinário inferior é um método que vem sendo bastante utilizado por enfermeiros e outros profissionais da equipe de saúde, e que tem apresentado resultados muito satisfatórios. Com o passar dos anos, inúmeras denominações surgiram para definir os variados tipos de tratamentos conservadores para incontinência urinária. No intuito de uniformizar as denominações, optou-se, neste trabalho, em assumir a última definição da International Continence Society divulgada em 2002, onde assume que a reabilitação do trato urinário baixo inclui todos os tratamentos não-cirúrgicos, não farmacológicos para a função do trato urinário inferior, incluindo o treinamento do assoalho pélvico, biofeedback e mudanças comportamentais.²

A terapia comportamental em particular, é um método não invasivo de tratamento, de baixo risco, pouco dispendioso e que pode se constituir numa estratégia de tratamento efetiva e conservadora na recuperação das funções fisiológicas, causando uma melhora da musculatura do assoalho pélvico (SANTAROSA & KAPLAN, 1997). Ela consiste em estimular modificações comportamentais e mudanças dos hábitos do cliente que possam contribuir para piorar ou causar episódios de perdas urinárias, associando a isso um retreinamento da bexiga. Assim, dentre as orientações necessárias,

² Informações apresentadas pela Escola Paulista de Medicina, através do site www.uroginecologia.com.br/index, 2006.

inclui-se a alteração de hábitos alimentares, como a minimização da ingestão de cafeinados, excesso de líquidos antes de dormir, frutas ácidas, achocolatados e refrigerantes (MORENO, 2004). Essas mudanças devem ser estimuladas, já que alguns desses são considerados irritantes vesicais, e poderiam, de certa forma, agravar os episódios de perdas urinárias, sobretudo nas situações de urgeincontinência. (GROSSE & SENGLER, 2002). Além disto, as modificações quanto aos hábitos intestinais são também consideradas peças fundamentais para o tratamento conservador. Isso porque se acredita que problemas que impeçam um trânsito intestinal normal, como a constipação, podem contribuir para a piora da incontinência, devido ao aumento da pressão do reto sobre a bexiga (RIGBDY, 2003). Pode-se associar a isso o retreinamento da bexiga e exercícios para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. Existem inúmeros exercícios possíveis que vêm sendo realizado com êxito por diversos profissionais. Os mesmos vão desde ensinamentos da simples contração e relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, até exercícios modificados, incluindo a alteração da posição-ortostática, sentado e decúbito dorsal- e uso de instrumentos como bolas para facilitar a realização dos mesmos, conforme proposto por Honório (2005).

Esse método, contudo, tem sido mais utilizado em pacientes com incontinência por urgência, porém resultados positivos têm aparecido no tratamento para a incontinência por esforço (MARTINS, 2000). Glashan (2004) afirma que a utilização de medidas comportamentais está intimamente relacionada com o tipo de incontinência urinária apresentada pelo paciente. Portanto, a avaliação médica é importante, antes de ser instituída qualquer manobra terapêutica, incluindo a terapia comportamental.

Tendo em vista a gama de tratamentos existentes para a incontinência urinária, a seguir serão apresentados alguns estudos e pesquisas que abordaram tais tratamentos, buscando salientar a relevância dos resultados.

3.4 O estado da arte dos tratamentos conservadores no Brasil

Diversos estudos desenvolvidos no Brasil vêm discutindo, cada vez mais, as abordagens existentes para a incontinência urinária. Um estudo desenvolvido por Glashan et al. (2001) refere-se às intervenções comportamentais em uma população de 20 mulheres idosas, aplicadas por um período de três meses. Como resultados, essas autoras obtiveram 45% das idosas com total continência após o tratamento, e as demais (55%) apresentaram melhora. Um dado importante, ressaltado pelas pesquisadoras, é o

de que 25% das pessoas que se submeteram a esse tratamento já se haviam submetido a cirurgia para correção de incontinência urinária e continuavam com perdas. Só posteriormente a essa experiência invasiva, essas pessoas foram encaminhadas ao serviço de enfermagem para buscarem o tratamento conservador. Kluber et al. (2000) referem que diversos autores concordam que a correção cirúrgica, além de um procedimento caro, nem sempre resolve satisfatoriamente o problema. Acrescentam, ainda, que a opção cirúrgica só deveria ser utilizada após todas as opções conservadoras estarem esgotadas, ou quando o tratamento clínico for recusado pelo paciente. Dados como esses levam a acreditar na importância do trabalho e do atendimento interdisciplinares, para que se tenha uma visão integral dos pacientes incontinentes. E também para que se possa oferecer uma assistência de mais qualidade aos mesmos, e que se possa subsidiá-los na melhor escolha do tratamento.

Outra informação importante apresentada na pesquisa de Glashan et al. (2001), acima citada, é que todas as pacientes atendidas referiram que perdiam urina há mais de nove anos, e que nenhum médico ou outro profissional da área da saúde as havia questionado sobre esse assunto, durante as consultas. Dessa forma, pode-se perceber o quanto os profissionais da área da saúde possuem dificuldades para abordar esse assunto com os pacientes, seja durante as consultas ou até mesmo durante o processo de hospitalização. Parece que esses profissionais possuem um certo constrangimento para abordar esse tema ou possuem pouco conhecimento acerca da incontinência urinária. Por outro lado, pode-se pensar que eles, por despreparo, considerem a incontinência urinária como algo esperado na velhice.

Lelis & Glashan (2001) acreditam que, quando o paciente procura um profissional da saúde e ele já possui incontinência urinária, naturalmente já está convivendo com as consequências dessa condição e pode sentir-se embaraçado em falar sobre o problema. Outros, muitas vezes, acabam aceitando e se conformando com a situação, sem procurar ajuda, por acreditarem ser normal para idade ou tratar-se de limitação física/clínica que apresentam. Isso vem reforçar ainda mais a necessidade de preparação e capacitação dos profissionais para atenderem essa clientela, e também para saberem qual a melhor abordagem de tratamento a ser indicada nessa situação.

A reabilitação do trato urinário inferior vem sendo indicada como a primeira escolha para tratamentos de pacientes incontinentes, sobretudo idosos. Dentro dessa perspectiva, uma alternativa muito difundida, sobretudo entre os fisioterapeutas, é a utilização da eletroestimulação associada aos exercícios perineais voluntários. Este

método consiste na contração passiva da musculatura selecionada, por meio de eletrodos superficiais ou internos (anais e vaginais). Num estudo realizado na UNICAMP, em 2001, por Hermann e colaboradores, utilizou-se a eletroestimulação em 22 mulheres com queixas de incontinência urinária de esforço (IUE). Esse tratamento foi realizado por um período de 8 semanas, com duas sessões semanais de 20 minutos cada. Como resultados, obteve-se que 81,7% das mulheres apresentaram cura ou melhora das perdas urinárias após o tratamento.

Estudo similar ao anterior foi realizado com 17 mulheres, também com Incontinência Unirário de Esforço (IUE), no ambulatório de Uroginecologia da Universidade de Santo Amaro, por Carramão et al., em 2003. As mulheres foram submetidas a uma sessão semanal de eletroestimulação, com duração de 15 minutos, totalizando 12 sessões. Os resultados obtidos apontaram para uma melhora da incontinência em 82,3% das pacientes.

Outro estudo utilizando a eletroestimulação por três meses, realizado no Hospital das Clínicas de Pernambuco, também apresentou resultados positivos. Das 32 pacientes com IU de esforço e urgência associadas, que participaram do mesmo, 21,9% apresentaram regressão total e 62,5% regressão parcial (Brandt et al., 1995).

Muitos pesquisadores ainda hoje questionam a utilização da reabilitação do trato urinário inferior, sem a associação de *biofeedback*. Este é um aparelho utilizado como auxílio na avaliação das condições musculares do paciente e, também, para motivar o paciente na realização correta dos exercícios. Enfermeiro e paciente conseguem perceber a eficácia da contração muscular que está sendo exercitada, por meio de sinais visuais e sonoros que são emitidos pelo aparelho (GROSSE & SENGLER, 2002).

Alguns estudos realizados no Brasil procuraram avaliar a real diferença entre tratamentos realizados com ou sem o uso de *biofeedback*. Um desses estudos foi realizado na Universidade Federal de São Paulo, por Glashan et al. (2004), com pacientes do sexo masculino, que ficaram com incontinência urinária após cirurgia de prostatectomia. O estudo foi realizado com 10 pacientes, tendo como objetivo comparar os resultados obtidos entre o grupo de pacientes que fez uso do *biofeedback* e aqueles que utilizaram apenas mudanças comportamentais e exercícios perineais, para o tratamento de incontinência urinária. No grupo que utilizou *biofeedback*, a diminuição de absorventes diários foi de 6,8 para 2; as perdas urinárias quinzenais diminuíram de 11 para 3 perdas, 80% sentiram-se satisfeitos e 20% muito satisfeitos com o tratamento. No grupo que utilizou intervenções comportamentais e exercícios perineais, a

diminuição dos absorventes diários foi de 8,1 para 2,2; as perdas urinárias caíram de 14 para 3,8; 60% mostraram-se satisfeitos e 20% muito satisfeitos. Os autores ainda acrescentaram que é necessário, no mínimo, seis semanas para demonstrar melhora da incontinência urinária, em ambos os casos acima.

Ao analisarmos os resultados apontados nos estudos acima, é possível perceber que a utilização de equipamentos de alto custo, como *biofeedback* e o eletroestimulador, é muito comum nos tratamentos conservadores. Porém alguns pesquisadores discutem a total necessidade da presença deles nos tratamentos.

Dentro da proposta de tratamento sem a utilização de aparelhos, um estudo comparativo foi realizado na Santa Casa de Belo Horizonte, por Bernardes et al. (2000). Nele, foi aplicado o tratamento a dois grupos, utilizando-se em um deles apenas a reabilitação do assoalho pélvico inferior, e em outro, sessões de eletroestimulação. Os sujeitos do estudo foram mulheres, com idades entre 31 e 67 anos, com incontinência urinária, sendo essas divididas aleatoriamente em dois grupos de 7 participantes. Os resultados obtidos após 10 sessões de tratamento foram os seguintes: no primeiro grupo, 71,4% das pacientes ficaram sem sintomas e 28,6% com perda leve. No grupo submetido à eletroestimulação, 28,6% das pacientes encontravam-se sem sintomas, 57,1% com perda leve e 14,3% com perda moderada.

A assistência de enfermagem a pacientes com incontinência urinária sem a utilização de aparelhos vem crescendo, porque os estudos estão apontando essa alternativa como uma possibilidade concreta, e com a qual se obtêm bons resultados, a baixo custo. O mesmo também foi demonstrado no trabalho desenvolvido por Camargo (2000), na Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), com 27 mulheres, com idade média de 48 anos, com diagnóstico de incontinência urinária de esforço. As participantes do estudo submeteram-se à reabilitação do assoalho pélvico inferior com duas sessões semanais, durante 12 semanas. Elas foram acompanhadas no ambulatório, além de serem orientadas para a realização domiciliar de exercícios, que eram feitos, em média, duas vezes ao dia, sem a utilização de qualquer aparelho associado. Os resultados obtidos após o tratamento demonstraram que 66,7% das pacientes consideraram-se curadas, 14,8% melhoradas e 18,5% referiram apresentar o mesmo quadro clínico prévio. Outros dados, como diminuição do número de perdas e diminuição das micções diárias, bem como o aumento da capacidade vesical, também foram observados.

Os resultados acima apresentados, quanto ao uso de intervenções que incluem a reabilitação do trato urinário inferior, são de extrema importância, já que muitos centros

de saúde, sejam unidades básicas ou hospitais, costumam não realizar investimentos em equipamentos deste tipo, como o eletroestimulador ou o *biofeedback*. Vale ainda lembrar que esses equipamentos são apenas coadjuvantes no tratamento conservador para a incontinência urinária. É de se acreditar que este tipo de tratamento, quando bem orientado e acompanhado, permite ao paciente a obtenção dos resultados desejados. Mas, principalmente, permitem o resgate de sua autonomia, independência e auto-estima, aspectos esses de suma importância para melhoria de sua qualidade de vida.

Assim, através dos estudos levantados, foi possível perceber também que as abordagens não invasivas, para tratar a incontinência urinária, vêm gradativamente sendo difundidas, e as pesquisas são unânimes em apontar os benefícios desse tipo de tratamento. Os resultados positivos apontados nas diversas possibilidades de tratamento acima destacados, indicam outras possibilidades de intervenção, além das tradicionalmente conhecidas. Essas intervenções, quando bem indicadas, permitem a melhora da incontinência, sem os efeitos adversos das medicações e sem os riscos de procedimentos invasivos, como as cirurgias.

Um outro aspecto que merece destaque nesta revisão é o fato de que a maioria dos trabalhos que utilizaram a reabilitação do trato urinário inferior foram desenvolvidos por enfermeiros, levando a crer que esse é um campo novo que está se descortinando para a enfermagem. Porém, os profissionais precisam se capacitar, para saberem detectar precocemente os pacientes que possuem incontinência urinária, saberem como orientá-los para realização de um diagnóstico preciso e como educá-los para o autocuidado (AZEVEDO, 2001, P.4). Assim, discutem-se a seguir aspectos considerados relevantes para o enfermeiro, na abordagem de pacientes incontinentes.

3.5 Assistência de Enfermagem ao adulto e idoso incontinente

Falando especificamente da abordagem comportamental, observam-se vários pontos indispensáveis e que são baseados, sobretudo, no aspecto cognitivo do paciente. Grosse & Sengler (2002), Rigbdy (2003) e Moreno (2004) abordam a terapia comportamental, ressaltando que os pacientes conscientes de sua incontinência podem ser estimulados a realizarem atividades relacionadas à melhora da função intestinal (adequação hídrica/alimentar), elaboração do diário miccional, treinamento vesical, micção programada, exercícios perineais e exercícios perineais assistidos.

Azevedo (2004), Martins (2000) e Rodrigues (1991) acreditam que existe uma necessidade inicial de se realizar uma avaliação do paciente, incluindo entrevista, anamnese e exame físico. Na essência, os passos para a abordagem do paciente incontinente, citados pelos autores acima, acabam tendo muitas semelhanças. Por isso, se fez aqui a opção por apresentar, a seguir, a síntese dessa sequência de passos, acreditando ser a mais adequada para o trabalho com a clientela adulta e idosa.

No primeiro passo da assistência – o histórico completo – procura-se pesquisar os antecedentes pessoais. Para as mulheres incluem-se os antecedentes gineco-obstétricos, e para os homens os problemas de próstata. Investiga-se também a presença de patologias associadas, tais como: diabetes, infecção do trato urinário e outras afecções que possam ocasionar hiperpressões abdominais, como é o caso da constipação intestinal. Questiona-se o modo de vida, incluindo profissão, atividades de lazer, esportes praticados, além de ingestão medicamentosa, hábitos intestinais e alimentares. Nesta etapa, perguntas essenciais são recomendadas, já que as mesmas ajudam a diferenciar a incontinência urinária de esforço da urgeincontinência. Sendo assim, deve-se investigar a média de micções diárias; a presença de perdas noturnas; a relação de acidentes urinários ao tossir, espirrar, levantar peso, em mudanças de posição ou realização de esporte; a presença súbita de vontade de urinar, não conseguindo retê-la a tempo; a quantidade da perda urinária; o tipo e quantidade de proteções diárias utilizadas.

O próximo passo seria um exame físico completo, suficiente para detectar massas abdominais palpáveis e distensão vesical. A realização do exame vaginal é importante, porque auxilia a perceber a sensibilidade e o tônus muscular perineal, presença de atrofia, prolapsos, bem como condições da pele e mucosa vaginal. Para os homens, o toque retal ajuda a avaliar o tônus do esfíncter, a presença de impactação fecal e o aumento da próstata. O exame físico minucioso descarta a hipótese de outras causas relacionadas à incontinência urinária que não teriam benefícios com a terapia comportamental e a reeducação perineal.

Assim, se, após a avaliação inicial, os indicativos estiverem voltados para a incontinência por esforço, pode-se realizar um teste simples e objetivo: pede-se ao cliente que fique em posição ortostática, com a bexiga cheia e simule situações de esforço como, por exemplo, tossir, evidenciando a perda de urina.

Após a abordagem inicial e a coleta das informações necessárias, torna-se importante fornecer informações e esclarecimentos ao paciente sobre a anatomia e

função do trato urinário, e também sobre a musculatura do assoalho pélvico (HONÓRIO, 2005). Na sequência, antes de iniciar o retreinamento vesical propriamente dito, faz-se necessária a elaboração do diário miccional. Pede-se ao paciente que anote no diário miccional os horários de diurese espontânea e as perdas, bem como aos fatores relacionados a elas, além da ingestão hídrica diária. Muitos conseguem apenas referir as perdas, relacionando-as com a quantidade de protetores utilizados, o que é de grande valia para a avaliação. Honório (2005, p.38) considera importante esta etapa, já que, somente depois de conhecer os hábitos urinários do paciente, é que torna-se possível iniciar a educação.

Um outro ponto relevante para o sucesso do tratamento, sobretudo para os casos de incontinência por urgência devido à instabilidade do detrusor, é a mudança dos hábitos alimentares, abordada anteriormente. O paciente é incentivado a evitar a ingestão de alimentos e líquidos que possam ser irritantes vesicais, tais como: cafeína, adoçantes artificiais à base de aspartame, álcool, frutas cítricas, tomate, chá preto, refrigerantes à base de cola e chocolates. Incentiva-se também a realização de mudanças nos hábitos intestinais, sobretudo para as pessoas que sofrem de constipação intestinal.

O aumento da pressão abdominal provocada pela impactação das fezes pode propiciar o aumento das perdas urinárias. Sendo assim, o cliente é incentivado a ingerir uma dieta rica em fibras, para melhorar o funcionamento intestinal. Convém igualmente dar uma atenção especial ao uso de medicamentos, já que torna-se de suma importância conhecer as drogas em uso e horários da ingestão, uma vez que esses podem ser fatores que contribuam para as perdas urinárias.

O próximo passo do tratamento consiste na reeducação perineal. Para tanto, existem algumas estratégias que auxiliam para o sucesso do tratamento, como os exercícios de Kegel. Arnold Kegel, um ginecologista, em 1948, disseminou o uso de exercícios para a musculatura pélvica, obtendo um índice de cura de 84% dos casos tratados com esse método. Ele consiste na realização de movimentos voluntários repetidos dos músculos do assoalho pélvico. Glashan (2004) afirma que a realização correta dos exercícios pélvicos aumenta a resistência uretral e permite ao indivíduo, voluntariamente, utilizar essa musculatura para prevenir perdas urinárias. O enfermeiro pode ensinar esses exercícios, solicitando ao paciente que contraia o ânus ou a vagina, sem contrair a musculatura abdominal, glútea e adutores da coxa. Durante a realização dos exercícios, o paciente pode também perceber a contração, com o toque do centro tendíneo do períneo. Honório (2005) ressalta a importância da percepção, por parte do

paciente, da contração correta dos músculos, já que ele passa a aprender e diferenciar a contração dos músculos sinergistas, que devem permanecer relaxados durante os exercícios. Assim, os exercícios podem ser realizados diariamente, em diferentes posições (de pé, sentado e deitado), pelo menos em três séries ao dia, onde o número de contrações e sua duração podem ser aumentados progressivamente, de acordo com a evolução de cada paciente.

Muitos pesquisadores afirmam que o emprego de medidas comportamentais, como as acima citadas, podem recuperar a auto-estima do idoso e melhorar sua qualidade de vida. Glashan (2004) diz que, embora existam poucos estudos enfocando os aspectos emocionais ou mesmo psicológicos do idoso frente à IU, a aceitação do problema por parte do paciente e de seus familiares próximos pode ser um primeiro passo para a cura. Mediante a aceitação do problema, o paciente é capaz de mobilizar seus recursos internos para a realização do tratamento. Por outro lado, ao sentir o apoio e a compreensão da família, o paciente certamente enfrentará de forma mais positiva a incontinência urinária, e terá mais vontade e garra para persistir no tratamento. Esses são aspectos importantes, especialmente no caso da terapia comportamental, cujo tratamento é prolongado e os resultados só podem ser mais nitidamente percebidos, após mais ou menos três meses.

A terapia comportamental produz efeitos bastante significativos no tratamento e manejo da incontinência urinária em adultos e, principalmente, em idosos. É de baixo risco e, atualmente, encarada como a primeira linha de tratamento para a maioria dos pacientes com IU, em suas diversas classificações (esforço, urgência e mista). As medidas comportamentais são de baixo custo, não requerem hospitalização e a maior parte dos pacientes pode praticá-las em seu próprio domicílio. O que eles necessitam é manter o acompanhamento ambulatorial com o enfermeiro, e acreditarem que são capazes de conseguir realizar com competência o seu autocuidado, deixando de lado os falsos preconceitos de que a IU não tem cura e faz parte do processo natural do envelhecimento (Glashan, 2004). Assim, a participação do enfermeiro no tratamento pode contribuir muito para melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Quando eles conseguem readquirir o autocontrole vesical, sentem-se mais seguros para retomarem também suas atividades físicas, sociais, culturais e, principalmente, o convívio familiar torna-se mais saudável. As terapias comportamentais podem levar a melhoras visíveis,

sem efeitos colaterais e com baixos custos, quando bem indicadas (GLASHAN & LELIS, 1999).

4 BASES TEÓRICAS

O sucesso do tratamento para a incontinência urinária através da terapia comportamental depende, principalmente, da participação efetiva do paciente no cuidado. Ele deverá ser motivado, através da educação em saúde, e estar disposto a participar ativamente do seu tratamento. Entretanto, para que ocorra o autocuidado é necessário que se desperte no adulto e no idoso atitudes de comprometimento com o tratamento sugerido. Para tanto, os princípios que norteiam a educação em saúde são indispensáveis para que a aquisição de conhecimentos e habilidades possa ser efetiva e satisfatória, bem como durante o desenvolvimento das atividades práticas que compreendem o processo de autocuidado. Schier (2004, p. 67) defende que “o cliente, quando devidamente informado, orientado e motivado acerca da sua saúde e seus direitos de cidadão, é capaz de tomar suas próprias decisões e de se autocuidar”.

Dessa forma, entendo que a Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, associada às concepções de educação de Paulo Freire, foram de suma importância para o desenvolvimento desta pesquisa. Orem, em um dos seus construtos teóricos – a Teoria do Déficit de Autocuidado – afirma que “ensinar o outro” constitui-se num dos cinco métodos de ajuda do enfermeiro nesse processo (GEORGE, 1993, P.93). Assim, a educação voltada para o ensino do autocuidado é proposta aqui, como uma relação dialógica “onde educador e educando se fazem sujeitos do seu processo, superando o intelectualismo (...) e o autoritarismo” (FREIRE, 1987, p.75).

Freire (1987) acredita que, sem diálogo, não há educação. Foi através do diálogo que se procurou sensibilizar as pessoas adultas e idosas envolvidas neste trabalho, bem como suas famílias, para o exercício de um novo olhar para realidade. Essa sensibilização, dentro do trabalho proposto, esteve voltada para o despertar para as ações necessárias ao autocuidado. Conjuntamente e de forma horizontalizada, enfermeira e pacientes adulto e idoso decidiram o melhor tratamento a ser adotado, com o intuito de melhorar a qualidade de vida desses pacientes através da minimização das perdas urinárias. Levou-se sempre em consideração as diferentes práticas sócio-culturais de cada paciente e do seu núcleo familiar.

Buscando favorecer a compreensão dos conceitos e pressupostos que foram adotados no desenvolvimento desta pesquisa e que nortearam a construção do marco

conceitual, serão apresentados a seguir aspectos referentes aos dados biográficos de Orem e Freire, bem como sobre as teorias por eles desenvolvidas.

4.1 Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Elizabeth Orem

Este breve relato da biografia de Orem baseia-se em Foster e Bennett, colaboradoras do livro escrito por George, em 2000. Os aspectos específicos da teoria geral foram encontrados na 4ª edição, escrito por Orem, onde se destacam as três bases teóricas existentes.

Dorothea E. Orem nasceu em 1914, em Baltimore, Maryland. Iniciou sua educação em enfermagem em Washington, no Providence Hospital School of Nursing. Conquistou o grau de Bacharel em Ciências em Educação de Enfermagem em 1939, e de Mestre em Ciências em Educação em 1945, pela Catholic University of America. Em 1959, o conceito de enfermagem de Orem, como provisão de autocuidado, foi publicado pela primeira vez. Continuando no desenvolvimento de conceitos de enfermagem voltados para o autocuidado, publicou, em 1971, "Nursing: Concepts of practice". Outras três edições foram lançadas, até 1991. A primeira edição enfocava o indivíduo. A segunda (1980), por sua vez, passou a incluir as unidades multipessoais (famílias, grupos e comunidades). A terceira (1985) apresentou a Teoria Geral de Enfermagem, e na quarta edição (1991) deu-se maior ênfase sobre a criança, os grupos e a sociedade.

A Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, desenvolvida por Orem como sendo sua Teoria Geral, engloba três bases teóricas relacionadas: teoria do autocuidado, do déficit do autocuidado e de sistemas de enfermagem.

Dentro da **Teoria do Autocuidado**, Orem (1991, p.121) considera três tipos de requisitos de autocuidado: universais, desenvolvimentistas e de desvio de saúde.

O primeiro deles, os requisitos universais, são considerados por Orem (1991, p.126) presentes em todos os seres humanos, no ciclo vital: (1) manutenção de uma ingesta suficiente de ar; (2) manutenção de uma ingesta suficiente de água; (3) manutenção de uma ingesta suficiente de alimentos; (4) provisão de cuidados associados com o processo de eliminação e excrementos; (5) manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso; (6) manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social; (7) prevenção dos perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser

humano; (8) promoção do funcionamento e desenvolvimento humano em grupo sociais, de acordo com seus potenciais, limitações e o desejo de ser normal.

Como segundo tipo de requisito de autocuidado, os desenvolvimentistas, são considerados “tanto as expressões especializadas de requisitos universais de autocuidado que foram particularizadas por processos de desenvolvimento quanto novos requisitos derivados de uma condição ou associados a algum evento” (OREM, 1991, p.130). Assim, Schier (2001, p.63) acredita que, para o ser humano idoso, os requisitos desenvolvimentistas podem estar relacionados à capacidade de adaptação à velhice, aposentadoria, perda de papéis sociais, morte e luto, mudança de ambiente, dentre outras situações que requerem exigências de autocuidado, as quais, quando não atendidas, podem desencadear desequilíbrios e desvios no processo de viver.

Como terceiro tipo de requisito de autocuidado, Orem (1991, p.132) apresenta os requisitos para os desvios de saúde. Estes, por sua vez, descrevem as exigências de autocuidado nas situações de doença ou diante de diagnósticos médicos e tratamentos. Shier (2001, p.63) apresenta os requisitos de Orem para o autocuidado por desvio de saúde, como se seguem: (a) busca e garantia de assistência médica adequada; (b) conscientização e atenção a efeitos e resultados de condições e estados patológicos; (c) execução efetiva das medidas prescritas pelo médico; (d) conscientização e atenção, ou regulação de efeitos desagradáveis de medidas médicas; (e) modificação do autoconceito e auto-imagem, na aceitação de si, como estando em estado especial de saúde e necessitando de formas específicas de tratamento e cuidados; (f) aprendizado de vida associado a condições patológicas, bem como de efeito de medidas diagnósticas e terapêuticas, em busca de um estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo.

A segunda base teórica contida na Teoria Geral de Orem é a **Teoria do Déficit de Autocuidado**, e que acaba sendo o foco central da teoria, já que determina quando a presença da enfermagem se faz necessária. Segundo Orem (1991, p.71), a presença da enfermagem pode se dar quando as habilidades de cuidado são insuficientes para as demandas existentes, ou quando as habilidades para autocuidado ou cuidados dependentes extrapolam ou são iguais às exigidas para satisfazer a demanda existente.

A **Teoria dos Sistemas de Enfermagem**, por fim, apresentada por Orem (1991, p.72) como sendo a terceira base teórica de sua Teoria Geral, delineia três sistemas, relacionando as exigências para o autocuidado e a capacidade do indivíduo para realizá-las. No primeiro sistema, totalmente compensatório, o paciente depende

completamente dos cuidados de enfermagem, já que não consegue, por si só, realizar nenhuma atividade de autocuidado, como é o caso de um paciente comatoso.

No segundo sistema, parcialmente compensatório, ambos, paciente e enfermeira, participam do processo, podendo desempenhar funções diferentes. O paciente é auxiliado em algumas funções que não é capaz de realizar sem a presença da enfermeira, na mesma medida em que também é motivado para, aos poucos, assumir as atividades de autocuidado. No terceiro sistema, apoio-educação, o paciente é capaz de assumir integralmente as atividades exigidas para o seu autocuidado, precisando, porém, do auxílio da enfermeira para o aprendizado nas tomadas de decisão, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades (OREM, 1991).

4.2 Concepção de educação de Paulo Freire

Inicialmente, será apresentada uma breve biografia, publicada por Saupe (1998), seguida das principais contribuições de Paulo Freire, dentro das concepções de educação.

Paulo Reglus Neves Freire nasceu em Recife, em 19 de setembro de 1921, filho de um sargento do exército e de uma dona de casa. Teve sua alfabetização realizada no próprio ambiente doméstico, de forma livre e despretensiosa. Em virtude de problemas financeiros, passou por muitas dificuldades, chegando a adiar seus estudos. Com isso, conheceu a fome e a miséria, o que o ajudou a compreender, também, a fome dos demais. A forma como foi alfabetizado, já que seus pais respeitavam o mundo em que vivia, influenciou mais tarde sua obra. Anos após, retomou os estudos, entrando para a Faculdade de Direito de Recife. Nessa mesma época, conheceu Elza, sua primeira mulher, e abandonou o Direito, dedicando-se ao trabalho educativo, incentivado pela mesma. Em 1946, começou seu diálogo com a classe operária, quando entrou para o Serviço Social da Indústria (SESI), afirmando sua atividade pedagógica atilista e antiidealista. Ao final da década de 50 do século passado, com o surgimento dos círculos de cultura, começou a voltar suas preocupações para o analfabetismo, porém seu trabalho foi freado pelo golpe militar de 1964, sendo exilado nesse mesmo ano. Mesmo distante do Brasil, continuou disseminando suas idéias através de suas obras, palestras e conferências. Paulo Freire deixou importantes contribuições, como suas obras “Educação como prática da liberdade” e a “Pedagogia do oprimido”.

“Paulo Freire foi um verdadeiro educador do seu tempo, foi incompreendido, exilado, reconhecido e enaltecido no mundo, e na volta ao país, reconstruiu e continuou sua obra em prol da educação, sempre buscando ultrapassar as barreiras que obstaculizam a busca do “ser mais.” (SAUPE; BRITO E GIORGI 1998, p.249)

Ao falar em educação, Freire critica a “educação bancária” e defende a educação problematizadora, afirmando que a educação “não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo” (FREIRE, 1987, p.67). Ele acredita que os homens não podem ser vistos como seres “vazios”, mas como “corpos conscientes”. Para Freire (1987), a educação libertadora e problematizadora é um ato cognoscente, que transcende e supera a contradição educador-educando, sendo possível somente pela dialogicidade entre essas duas partes. Dessa forma, “ o educador não é apenas o que educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa” (FREIRE, 1987, p.68). Assim, o diálogo é visto por ele como sendo um encontro dos homens para “ser mais”. Sem diálogo não há comunicação e, em consequência disso, não há educação.

Freire percebe o homem como um ser histórico, cultural e inacabado, que, através da ação-reflexão, é capaz de transformar a realidade vivenciada. Apoiado nessas idéias, o trabalho educativo foi desenvolvido, através de consultas de enfermagem, onde, juntos, enfermeira e pacientes adulto e idoso procuraram refletir e escolher o melhor tratamento. Ambos, através do diálogo e do respeito mútuo, buscaram transformar a realidade, com a melhora da incontinência, da qualidade de vida ou até mesmo pela reinserção social do paciente.

4.3 Pressupostos e Conceitos do Marco Conceitual

Tendo como base as idéias de Orem e Freire acima apresentadas, buscou-se por alguns conceitos e pressupostos que pudessem guiar a trajetória a ser desenvolvida no trabalho. Acreditou-se que a aproximação dessas duas teorias pudesse criar um ambiente propício para a educação voltada ao autocuidado.

4.3.1 Pressupostos Básicos:

- A incontinência urinária não é inerente ao processo de envelhecimento;
- A enfermeira, juntamente com o paciente, pode escolher as possibilidades de tratamento para a recuperação da continência urinária, em uma relação dialógica;
- A prática educativa voltada ao autocuidado é capaz de gerar no adulto e no idoso tomadas de consciência fundamentais para a eficácia do tratamento;
- O ser humano é um ser único e inacabado, capaz de desenvolver habilidades para autocuidar-se.

4.3.2 Conceitos

Os conceitos, dentro da perspectiva de marco conceitual, são vistos, por Trentini e Paim (2004), como representações mentais de determinadas realidades. Embora a realidade seja concreta, o conceito que a representa é sempre abstrato. Dessa forma, a seguir serão apresentados os conceitos inter-relacionados de: ser humano, enfermagem, autocuidado, educação em saúde, saúde e de ambiente/sociedade. Além disso, serão incluídos os conceitos de independência e autonomia, tendo em vista que tais questões estão intimamente relacionadas ao processo de envelhecimento saudável e, por vezes, encontram-se abaladas pelo acometimento da incontinência urinária.

Ser humano: adulto, idoso, enfermeiro

Orem (1991, p.180) considera o ser humano “diferenciado das outras coisas vivas por sua capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, simbolizar suas experiências e usar suas criações simbólicas (idéias e palavras) para pensar, comunicar-se e orientar os esforços para fazer coisas que são benéficas para si mesmo e para os outros”.

Orem acredita que os indivíduos têm potencial para aprender e desenvolverem-se, e que a forma como eles preenchem as necessidades de autocuidado pode ser aprendida, não sendo algo instintivo (Foster e Bennett *apud* Geroge, 2000, p.89).

O homem é visto por Freire (1987, p.72) como um ser histórico, inacabado, inconcluso e com uma realidade igualmente inacabada. Ele identifica os homens como “seres mais além de si mesmos – como projetos – como seres que caminham para frente, que olham para frente (...)” (Freire, 1987, p.73).

Nesta pesquisa, o ser humano foram o adulto e o idoso portador de incontinência urinária, com necessidades de ensino para o autocuidado. Também sua família cuidadora foi vista como apoio e co-partícipe nesse processo. Além da enfermeira, que se configurou como participante e facilitadora, para que as metas de exigências para o autocuidado pudessem ser alcançadas de forma satisfatória para ambos, paciente e enfermeira, e alcançadas através do seu esforço conjunto.

Dessa forma, os **seres humanos adulto e idoso** são seres únicos, históricos, que pensam, decidem e são capazes de aprender a se autocuidarem. São seres susceptíveis a transformações físico-funcionais inerentes ao processo de envelhecimento, e, por isso, podem requerer auxílio, em algum momento de sua vida, para manterem suas capacidades de autonomia e independência.

O **adulto incontinente** é um ser em plena atividade, geralmente gozando de independência e autonomia, porém possui sua qualidade de vida abalada pela incontinência urinária. Ele, assim como o **idoso incontinente**, está susceptível à perda da auto-estima e ao isolamento social, em função das perdas urinárias e, por isso, necessita de auxílio. Este pode se dar através da educação em saúde, com vistas a restabelecer sua continência, o que certamente facilita sua reintegração social.

O **ser humano enfermeiro** é capaz de prestar assistência ao adulto e ao idoso, inserindo o seu cuidador na busca do alcance das metas de autocuidado. Utiliza-se do seu conhecimento profissional e o associa com os conhecimentos do paciente, para, juntos, chegarem a um melhor resultado. No âmbito da reabilitação do paciente incontinente, a enfermeira torna-se educadora, utilizando-se das estratégias de educação participativa, para estimular o paciente nas tomadas de decisão e na escolha do melhor tratamento para satisfazer suas exigências de autocuidado.

Enfermagem

Segundo Foster e Bennet (2000), Orem (1991) acredita ser a ação de enfermagem uma ação humana diferenciada, com os objetivos de manter a provisão contínua de cuidados de saúde e de gerar situações humanamente desejáveis nas pessoas e em seu ambiente.

Assim, a ação de enfermagem, dentro desta pesquisa, foi percebida como uma ação humana capaz de prestar assistência ao adulto e ao idoso incontinente, de forma individualizada e interdisciplinar. A enfermeira utilizou-se dos princípios da educação em saúde para estimular, orientar e ensinar ao paciente o autocuidado, para que o mesmo alcançasse a recuperação da continência urinária.

Autocuidado/ Educação em saúde

Orem (1991, p.117) aborda o autocuidado como sendo “a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. Acredita também que a ação de autocuidado representa a capacidade humana e o poder de engajar-se no autocuidado. As práticas de autocuidado são consideradas por Orem (1992) como possíveis de serem aprendidas e não um comportamento instintivo.

O **autocuidado** é visto como atividades que o paciente é capaz de aprender e de desenvolver em seu próprio benefício, na busca de autonomia, independência e de qualidade de vida. As atividades de autocuidado podem ser aprendidas pelo idoso e ensinadas a ele através da **educação em saúde**. Esta, por sua vez, deve ser participativa, horizontalizada e dialógica.

Schier (2001) acredita que a enfermeira ao trabalhar com o ser humano idoso e família deve buscar pela a autonomia e a independência dos pacientes através da prática do autocuidado, utilizando-se da educação participativa. A autora defende ainda a enfermeira, de modo horizontal e dialógico, participa no processo de aprendizagem e reaprendizagem com os pacientes, já que considera que as atividades da vida diária podem ser modificadas no processo de envelhecimento.

Dentro da pesquisa, o paciente torna-se co-partícipe das ações de cuidado. Assim, ele é capaz de discutir, pensar e escolher as melhores estratégias para a recuperação da continência e aplicá-las no domicílio, desenvolvendo ações de autocuidado.

Saúde

Orem acredita que o ser humano é capaz de aprender e desenvolver habilidades para autocuidar-se, com o objetivo de conquistar situações que sejam humanamente desejáveis. Assim, os seres humanos adulto e idoso são capazes de serem saudáveis, na medida em que possuam habilidades para suprir suas próprias exigências de autocuidado, alcançando seus objetivos vitais. Para o idoso, em especial, muitas vezes, ser saudável não necessariamente significa não possuir doença. Mesmo possuidor de multipatologias crônicas, ele pode se sentir saudável, quando alguns objetivos, como autonomia e independência, são alcançados.

Nesta pesquisa para os pacientes com incontinência urinária, a saúde pode encontrar-se abalada, já que a situação de incontinente acaba gerando importantes impactos na vida dessas pessoas. Isso acaba interferindo nas ações de independência e autonomia, o que pode vir a alterar a percepção de saúde desses pacientes.

Sociedade/ambiente

Orem (1991, p.41) acredita que, na sociedade moderna, espera-se que os adultos sejam responsáveis por si mesmos e por aqueles que não são capazes de se autocuidar. Defende ainda que, na maioria das comunidades, as pessoas consideram a enfermagem como uma ação necessária, já que valorizam a auto-ajuda e a ajuda como atividades desejáveis.

Para Freire, o homem vive num ambiente cultural, onde é capaz de criar e recriar seu trabalho, valores e idéias. É através da cultura que o povo se compreende nas suas relações com o seu mundo (Saupe, 1998, p.254).

Sendo assim, o ambiente, nesta pesquisa, teve dois focos – **o ambulatório e o domicílio**. O ambulatório constitui-se no local de troca de experiências e conhecimentos, onde os pares – paciente e enfermeiro – puderam, com base na história de vida de cada um, fazer escolhas e decidir pelo melhor tratamento. O ambulatório foi apenas o início de um processo que teve continuidade no domicílio. Assim, sabendo ser no domicílio a realização dos cuidados orientados e das atividades de autocuidado, como ambiente também pôde ser considerada a comunidade em que o paciente estava inserido, próximo a seus familiares e cuidadores, com aqueles que compartilhavam a mesma realidade e o mesmo ambiente cultural.

Autonomia/independência

Sabe-se que os idosos valorizam muito a manutenção de suas competências, especialmente aquelas relacionadas à autonomia e independência. Esses conceitos são freqüentemente confundidos, e muitas pessoas falam sobre eles como se fossem sinônimos. É importante destacar que, ao falarmos de **autonomia**, estamos nos referindo à capacidade de tomada de decisão, de fazer escolhas e ter o comando de sua própria vida. Ao passo que **independência** é a capacidade de realizar algo com seus próprios meios (Paschoal, 1996, p.316).

A conquista da autonomia e independência, para o paciente que sofre de perdas urinárias, é muito importante, sobretudo porque lhe permite tomadas de decisão e escolhas frente ao melhor tratamento, auxiliando-o também nas atitudes necessárias para o desempenho do autocuidado. Dessa forma é que se entende a importância de trabalhar tais questões durante a prática educativa, com intuito de beneficiar o tratamento conservador para a incontinência urinária, que depende, sobretudo, da vontade, disponibilidade e escolhas do paciente frente às atividades de autocuidado.

5 MÉTODO

Este estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa, usando uma abordagem convergente assistencial. A pesquisa qualitativa “fundamenta-se em dados coligidos nas interações interpessoais, na co-participação das situações dos informantes, analisadas a partir da significação que estes dão aos seus atos” (CHIZZOTTI, 1991, P.52). Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador é capaz de participar, além de tentar compreender e interpretar os dados coletados.

A pesquisa convergente-assistencial, por sua vez, se caracteriza “por manter em todo o seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com a intencionalidade de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudança e introduzir inovações na prática” (Trentini & Paim, 2004, p.28). Sabendo ser a mudança da realidade um dos principais objetivos que a pesquisa convergente-assistencial se propõe a realizar, a presente investigação mostrou-se comprometida com a abordagem adotada. Assim, o trabalho desenvolvido pôde trazer mudanças para a realidade vivenciada pelos pacientes incontinentes, que antes não possuíam acesso a tratamentos conservadores como a terapia comportamental, através do Sistema Único de Saúde – SUS. Além disto, trouxe inovação para a assistência de enfermagem e para a instituição, mostrando sua viabilidade na prática e baixos custos.

Dessa forma, a pesquisa foi orientada pelo processo de enfermagem apresentado por Orem (1991) e na perspectiva dialógica proposta por Freire (1987). Este capítulo vem apresentar a operacionalização da pesquisa, trazendo informações importantes a respeito do local, sujeitos e procedimentos utilizados para que os objetivos propostos pudessem ser alcançados. Além disso, apresenta as dimensões éticas e educativas assumidas no decorrer do trabalho.

5.1 Local

O local de desenvolvimento foi o Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-geriátrica (NIPEG/HU/UFSC), situado na área dos ambulatórios,

do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. O NIPEG³ é um núcleo que desenvolve suas atividades desde 1988, e atualmente conta com uma equipe interdisciplinar constituída pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiras, nutricionista, assistente social e psicóloga. Esses profissionais desenvolvem no HU várias atividades didático-científicas e assistenciais, com abordagem interdisciplinar, sendo esse trabalho considerado de referência em nível municipal e estadual.

A escolha desse ambulatório se deu em função de ser esse um serviço especializado no atendimento a uma clientela adulta madura e idosa. Após ter apresentado o projeto de pesquisa à equipe, solicitei sua colaboração para captação dos sujeitos, no que fui prontamente atendida.

O espaço onde se realizaram os atendimentos possui uma estrutura física com amplo consultório, contendo os materiais necessários ao atendimento individual, como maca, mesa, cadeiras, pia, balança com antropômetro, esfigmomanômetro, além de possuir iluminação e ventilação adequadas, elementos necessários para o desenvolvimento do projeto. A estrutura física da sala utilizada para os atendimentos pôde permitir também a privacidade, nos momentos das consultas.

O desenvolvimento da pesquisa nesse hospital pôde ser considerado de suma importância, por se tratar de um hospital-escola que atende os pacientes única e exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS). Na condição de instituição que também trabalha com ensino, possui objetivos voltados não só à assistência, mas também para a pesquisa e extensão. Além disso, o hospital não possui nenhum programa específico que englobe o tratamento conservador através de reabilitação, para a incontinência urinária. Essa pesquisa serviu, ainda, como projeto piloto desse modelo de assistência, uma vez que, em Florianópolis, é encontrada apenas em serviços privados.

5.2 Sujeitos da Pesquisa

Participaram desta pesquisa quatro sujeitos, com idades entre 50 e 72 anos. A amostra foi de conveniência, uma vez que todos os sujeitos receberam previamente avaliação médica e foram, por sua vez, encaminhados pelos profissionais do NIPEG.

³ Informações contidas no folder oficial do NIPEG.

Vale ressaltar que o número reduzido de participantes deveu-se, sobretudo, ao fato do tratamento conservador requerer um tempo maior para apresentar resultados. Geralmente, a partir de três meses de tratamento, o paciente já passa a perceber de forma mais efetiva o controle da incontinência. Isso não significa que, antes desse tempo, ele não possa perceber melhoras.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se por englobar na amostra sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos, mesmo sabendo ser o ponto de corte para a entrada na velhice a idade de 60 anos, conforme foi estabelecido pela ONU para os países em desenvolvimento (Neri & Freire, 2000, p.14). Os motivos que levaram a essa opção encontram-se a seguir elencados. São eles:

- a. Cada vez mais, se percebe o surgimento de incontinência urinária em faixas etárias mais baixas, mesmo sabendo-se que sua incidência está diretamente relacionada à idade avançada.
- b. Nas mulheres, o surgimento da incontinência urinária aumenta na medida em que há redução do estrogênio, em virtude do climatério. Especialmente entre aquelas que não fazem reposição hormonal e tiveram multiparidade. Tudo isso pode, direta ou indiretamente, contribuir para a flacidez da musculatura do assoalho pélvico de maneira precoce, favorecendo o surgimento da incontinência urinária.
- c. Nos homens, o aumento da incidência do câncer de próstata e a conseqüente necessidade de realização da prostatectomia radical, em adultos cada vez mais jovens, vêm contribuindo sobremaneira para a instalação de um quadro de incontinência nessa parcela da população. Isso se deve, principalmente, por que a incontinência e a disfunção erétil configuram-se como as duas grandes seqüelas nesse tipo de cirurgia.
- d. Os pacientes atendidos pelos profissionais do NIPEG possuem idade igual ou superior a 50 anos, fator que veio reforçar a escolha da idade mínima, já que os encaminhamentos dos atendimentos partiram deles.

5.2.1 Critérios de Seleção dos Sujeitos

- Residir na grande Florianópolis.
- Ter idade igual ou superior a 50 anos.

- Ser lúcido e orientado, com capacidade de estabelecer interação.
- Capacidade de locomover-se até o serviço para os encontros.
- Contar com suporte familiar.
-

Dessa forma, os sujeitos que participaram da pesquisa estão a seguir descritos, sendo, para tanto, identificados por número e letras, para garantia do seu anonimato:

Paciente 1 – Dona C.

Dona C., sexo feminino, 50 anos. Residente em Biguaçu. É casada, possui três filhos, um ainda residindo com ela. É do lar.

Paciente 2 – Seu J.

Seu J., sexo masculino, 72 anos, residente no Rio Tavares. É casado, possui seis filhos, um falecido. Mora com a esposa. É aposentado, porém trabalha na loja do genro, como caixa.

Paciente 3 – Dona M. A.

Dona M.A., sexo feminino, 60 anos. Reside sozinha, em uma casa no Saco dos Limões. Possui três filhos. Trabalhou na lavoura; atualmente costura para fora.

Paciente 4 – Dona J.

Dona J., sexo feminino, 58 anos. Reside no Pântano do Sul. É viúva há sete anos, possui dois filhos. É do lar.

5.3 Operacionalização da Pesquisa

A pesquisa desenvolvida teve como guia o processo de enfermagem baseado nos preceitos de Orem, associados às concepções de educação de Freire. O Processo de enfermagem orientou a coleta de dados e o levantamento das necessidades de educação para o autocuidado. Além disso, auxiliou na implementação, onde enfermeira e paciente identificaram os déficits de autocuidado e escolheram as estratégias que seriam utilizadas para atender a essa demanda. Através do apoio-educação, conseguiu-se trabalhar junto com o paciente os comportamentos e atitudes necessários para que ele alcançasse a competência para o autocuidado. Na sequência, passa-se a apresentar, de forma detalhada, cada etapa trabalhada ao longo dessa pesquisa convergente assistencial.

Todos os pacientes atendidos recebiam inicialmente avaliação médica e eram encaminhados pelos profissionais vinculados ao NIPEG. Os pacientes eram atendidos semanalmente ou quinzenalmente, conforme evolução do quadro e possibilidade do paciente, o que totalizou uma média de 12 consultas para cada paciente, no período de 3 meses. Os agendamentos das consultas eram realizados com o auxílio da assistente social, enfermeira e bolsista do NIPEG. Eles eram efetuados através de agenda informatizada, incluída no sistema de agendamento padronizado pelo hospital.

Antes de cada consulta, os pacientes aguardavam o atendimento em uma sala do NIPEG. Durante a espera, essa sala também funcionava como local de esclarecimentos e educação em saúde, já que, frequentemente, eram passados vídeos educativos e distribuídos folhetos com orientações sobre diversos assuntos: envelhecimento saudável, Alzheimer, atividades físicas, entre outros. Era também uma oportunidade de divulgação do trabalho que estaria sendo desenvolvido com pacientes incontinentes, já que ali também se encontravam idosos que iriam se consultar com outros especialistas.

A primeira consulta iniciava-se com o acolhimento do paciente seguida de esclarecimentos acerca da pesquisa e seus objetivos. Após responder as eventuais perguntas que surgiam, o paciente era convidado a fazer parte do estudo, deixando claro que, caso não quisesse, seria, da mesma forma, atendido. Mediante seu consentimento, explicava-se sobre o termo de consentimento livre e esclarecido, onde também era

solicitado a assinatura do paciente no mesmo. Neste mesmo momento, pedia-se autorização para a gravação das consultas, já que este material seria utilizado posteriormente para a avaliação da pesquisa. Vale destacar que, dos pacientes atendidos, nenhum se mostrou contrário a participar da pesquisa.

A sistemática dos atendimentos tinha como base o processo de enfermagem de Orem. Dessa forma, a primeira etapa do processo de enfermagem – **realização do histórico de enfermagem** – foi realizada com o intuito de obterem-se dados suficientes para que os diagnósticos de enfermagem pudessem ser traçados, e as exigências de autocuidado percebidas. O histórico era levantado já no primeiro encontro, tendo o auxílio da aplicação de uma entrevista com perguntas semi-estruturadas, abordando aspectos gerais da vida diária. Nessa entrevista buscou-se também levantar questões relativas à qualidade de vida, independência e autonomia do paciente (Apêndice 1). Ainda nesse primeiro encontro, foi aplicado um formulário, para que se pudesse conhecer aspectos fundamentais para o início do tratamento, tais como: hábitos alimentares e intestinais, ocupação, atividades de lazer, uso de medicamentos, reposição hormonal, características das perdas urinárias, além da utilização de absorventes e/ou proteções diárias (Apêndice 2).

O instrumento utilizado para avaliar os hábitos e perdas urinárias – o **diário miccional** – foi também oferecido e explicado ao paciente nesse primeiro encontro. Assim, o paciente era estimulado a preenchê-lo no decorrer dos próximos sete dias, e então trazê-lo na próxima consulta, para avaliação. Ele é de extrema importância para o conhecimento das condições urinárias do paciente (Apêndice 3).

Ainda nessa etapa, realizava-se um exame físico completo. Este, por sua vez, descartava a hipótese de outras causas relacionadas à incontinência urinária, que não teriam benefícios com a terapia comportamental e a reeducação perineal. Além disso, Azevedo (2004), Martins (2000) e Rodrigues (1991) defendem que o exame físico é essencial, pois auxilia a detectar massas abdominais palpáveis e distensão vesical. Também ajuda na avaliação da sensibilidade e do tônus muscular perineal, presença de atrofia, prolapsos, bem como condições da pele e mucosa vaginal. Para os homens, o toque retal ajuda a avaliar o tônus do esfíncter, a presença de impacção fecal e o aumento da próstata.

O **diagnóstico de enfermagem**, aqui considerado como a segunda etapa do processo de enfermagem, foi realizado com base nos dados levantados no histórico de

enfermagem, na etapa anterior. Ele pôde ser traçado conjuntamente com o paciente, tendo o intuito de identificar os principais requisitos para o autocuidado, a serem trabalhados na prática educativa. Através desses requisitos identificados, as ações de cuidado puderam ser traçadas e planejadas, baseadas no terceiro sistema de enfermagem determinado por Orem – o sistema de apoio-educação.

No sistema de apoio-educação, Orem (1995, p.310) considera que o paciente é capaz de aprender e desempenhar as medidas exigidas pelo autocuidado, porém acredita que ele não consegue fazer isso sem assistência. Nesse sistema, o paciente é capaz de tomar decisões, adquirir conhecimentos e habilidades. Essa foi a premissa que norteou o desenvolvimento da prática educativa.

Assim, os requisitos para o apoio educativo puderam ser traçados, tendo como base a análise dos dados coletados na fase anterior, não só através dos instrumentos utilizados, mas também através dos relatos dos próprios pacientes. As necessidades levantadas puderam ser divididas, como determina Orem (1995, p.108), em requisitos universais, desenvolvimentais e de desvios de saúde.

Dentro dos requisitos universais, os que mais apareceram, e aos quais deram ênfase os próprios pacientes, foram as questões relacionadas às eliminações, alimentação e hidratação.

Referente aos requisitos desenvolvimentais, os principais aspectos surgidos diziam respeito, sobretudo, às relações sociais e familiares, e algumas especificidades do processo de envelhecimento, além de questões interpessoais e intrafamiliares.

Dentro dos requisitos voltados para os desvios de saúde, foram abordados problemas osteoarticulares, depressão, sexualidade, varizes e uso de medicações.

Dessa forma, tomando-se por base os requisitos levantados, acima descritos, os diagnósticos de enfermagem puderam ser traçados, para que, então, as atividades educativas fossem planejadas e realizadas, em conjunto com o paciente.

As atividades de educação para o autocuidado puderam ser implementadas através das consultas de enfermagem individualizadas, e buscaram contemplar as necessidades de autocuidado, identificadas na etapa anterior. As atividades desenvolvidas foram programadas conforme as possibilidades e vontade do paciente, respeitando hábitos, crenças, costumes e, principalmente, o seu conhecimento prévio. Procurou-se, no entanto, despertar no adulto e no idoso a tomada de consciência e

atitudes de comprometimento para com o tratamento, que pudesse culminar na melhora da auto-estima, autonomia e recuperação da continência.

Assim, a prática educativa deu-se a todo momento, em cada encontro, durante as consultas de enfermagem. A educação esteve sempre voltada para o aprendizado de atitudes que pudessem ser utilizadas para o autocuidado do paciente e também refletissem em melhora das perdas urinárias e, conseqüentemente da auto-estima e independência. Esse aprendizado, por sua vez, aconteceu como resultado de uma construção progressiva feita pelo próprio paciente, a partir da realidade vivenciada por ele, levando em conta seus aspectos culturais e suas formas de pensar e agir.

Nesse processo educativo, o paciente pôde contar com a participação e auxílio da família, quando julgou necessário. A enfermeira, por sua vez, portou-se como facilitadora do processo educativo, sendo capaz de auxiliá-lo a encontrar meios e a rever atitudes que pudessem vir em seu próprio benefício. As atividades educativas partiram, primordialmente, do conhecimento prévio trazido pelo paciente, concordando com Freire (2000) quanto à idéia de que o processo educativo não acontece com uma simples transferência de conhecimentos. Dessa forma, exige que haja um reconhecimento de identidade cultural, sem a exclusão do outro, pois afinal “ninguém educa ninguém, (...) os homens se educam entre si” (FREIRE, 1999, p.68).

Assim, as atividades educativas, incluindo os exercícios perineais, hábitos alimentares e intestinais, foram abordadas sempre partindo do conhecimento prévio trazido pelo idoso, através de uma relação dialógica.

Vale lembrar que a vontade do cliente, quanto à realização dos exercícios, foi respeitada, bem como as suas condições físicas e a adequação dos horários para a realização das atividades programadas pelo paciente no domicílio. Quanto às mudanças de hábitos intestinais e alimentares, foram construídas, em conjunto com o cliente, alternativas conforme suas possibilidades de aquisição e gosto alimentar.

Essas atividades educativas puderam ser facilitadas pelo uso de materiais didáticos, como cartazes com a anatomia da bexiga e/ou livros ilustrativos. Os exercícios foram demonstrados nas consultas, e puderam ser realizados em conjunto com o paciente, tendo o auxílio de alguns instrumentos, como bola plástica e bolinha de tênis. Essas estratégias foram utilizadas para facilitar a compreensão dos exercícios e, com isso, favorecer sua correta realização no domicílio.

Os pacientes puderam ser acompanhados semanalmente ou quinzenalmente, conforme a necessidade identificada. O tratamento transcorreu até o momento em que houve melhora total ou parcial das perdas urinárias, ou enquanto houve demonstração de vontade e interesse por parte do paciente. Nessa tomada de decisão, também foi fundamental a auto-avaliação do paciente quanto à sua satisfação com os resultados obtidos. Em alguns casos, o período de tratamento superou o período da pesquisa, não significando, porém, interrupção da assistência prestada.

Além da gravação da entrevista realizada, pude realizar meus registros em diário de campo, logo após o término de cada consulta de enfermagem. Nesses registros, foram apontadas as observações pessoais sobre o transcurso da consulta, percepções sobre as reações dos pacientes e familiares, impressões pessoais, minhas reflexões e sentimentos.

5.4 Análise dos Dados

Tendo em vista os resultados coletados a partir das consultas realizadas, das transcrições das fitas gravadas durante os encontros, dos dados obtidos através dos instrumentos aplicados, associados às anotações feitas por mim em diário de campo, a análise dos resultados pôde ser realizada. Tal análise teve como base os princípios propostos por Laurence Bardin (1977) para análise de conteúdo. Ela é definida por esse autor como sendo um “conjunto de técnicas de análise da comunicação, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1977, p.38). O autor acredita que qualquer mensagem transmitida de um emissor para um receptor pode ser decifrada pela análise de conteúdo.

Dessa forma, o primeiro passo para a análise dos dados foi realizar uma leitura flutuante de todo material. Após essa leitura, os dados foram agrupados em “categorias nativas”. Essa expressão é utilizada, já que tais categorias são identificadas com segmentos das próprias falas dos informantes (SANTOS, 2003, p.61). Assim, em cada grupo de categorias nativas, busquei identificar as semelhanças e diferenças existentes entre as falas dos diversos participantes. Na sequência, as categorias nativas foram renomeadas com termos que pudessem definir o que de mais expressivo se podia encontrar em cada grupo. Assim, surgiu uma nova organização para os dados coletados

– as categorias nominais. Esse grupo de categorias permitiu, então, uma análise dos dados segundo afinidade e relação dos assuntos, propiciando comparar os dados da pesquisa com o que se encontrou na literatura. Dessa forma, foram identificadas quatro categorias nominais: *hábitos de vida diários*; *a repercussão da incontinência urinária na qualidade de vida*; *a busca por suporte e tratamentos*; *a rede de apoio familiar e relações sociais*. Elas serão apresentadas e discutidas no próximo capítulo.

5.5 Dimensão ética

Após a autorização da instituição, necessária para a viabilização do desenvolvimento da pesquisa, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado em 29 de maio de 2006. Depois disso, o mesmo foi apresentado ao NIPEG, durante uma explanação oral para os participantes do grupo, e também de forma escrita, mais detalhada. Tendo em vista que as atividades foram desenvolvidas em conjunto com esse grupo, considerou-se de total importância que seus membros conhecessem mais intimamente a pesquisa.

Outra responsabilidade ética assumida durante o desenvolvimento da pesquisa foi o respeito ao paciente. Este era visto como um ser humano que possuía vontades próprias, tendo o direito de optar e exercer sua cidadania. Dessa forma, o paciente teve autonomia quanto às escolhas do tratamento e da forma como ele seria realizado. Os encontros, por sua vez, respeitaram as melhores possibilidades de dias e horários dos pacientes e da pesquisadora. “O comportamento ético não deve se ater unicamente aos atos que favorecem o bem-estar do cliente ou, por outro lado, que garantam a segurança dos profissionais, mas deve abranger ambos, entendendo que somos todos atores sociais neste processo, com responsabilidades, direitos e deveres de cidadãos” (CAPONI et al., 1995, p. 167).

Sabendo que, na maioria dos tratamentos, os melhores resultados aparecem em média após três meses de acompanhamento, outro compromisso ético assumido foi no sentido de não interromper a assistência, com o término da pesquisa.

Assim, a pesquisa respeitou os princípios fundamentais que regem o Código de Ética em Enfermagem e os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos, contidos

na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Dessa forma, os cuidados éticos adotados na pesquisa incluíram:

- Consentimento da instituição onde a pesquisa foi desenvolvida, neste caso, do Hospital Universitário (apêndice 4);
- Preenchimento do termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos que participaram da pesquisa, após completa explicação dos objetivos da mesma, ressaltando a possibilidade de desistência a qualquer momento, e sem qualquer tipo de coerção (apêndice 5);
- Parecer do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (apêndice 6).

6. DISCUSSÃO DOS EIXOS TEMÁTICOS

Após a transcrição literal das fitas gravadas a partir das consultas de enfermagem, foi possível agrupar as falas referentes aos encontros por assuntos afins. Dessa forma, conseguiu-se extrair as categorias nativas e, a seguir, renomeá-las, de modo que fosse possível a composição das categorias nominais. A partir destas então, se formularam eixos temáticos, como se segue: ***hábitos de vida diários, a repercussão da incontinência urinária na qualidade de vida, a busca por suporte e tratamentos, a rede de apoio familiar e relações sociais.*** Assim, a seguir será realizada uma discussão de cada eixo temático, dando enfoque às questões relevantes encontradas na pesquisa e confrontando-as com a literatura.

6.1 Hábitos de vida diários

Neste primeiro eixo temático, procurarei abordar aspectos referentes aos hábitos de vida diários dos pacientes incontinentes, procurando resgatar seu cotidiano, a maneira como vivem, alimentam-se e exercitam-se. Assim, buscarei relacionar esses aspectos com a incontinência urinária, numa tentativa de compreender a maneira como eles influenciam não só nas perdas, como também no dia-a-dia dessas pessoas.

A partir das conversas, durante as consultas de enfermagem, e através da leitura atenta dos textos gerados pela coleta de dados dos pacientes, aos poucos foi possível conhecer os diferentes hábitos da vida diária dos adultos e idosos atendidos. Estes, ao expressarem questões referentes à sua rotina de vida diária, ressaltavam, na maioria das vezes, atividades cotidianas como hábitos de sono e repouso, alimentação e trabalho. A maioria das pacientes atendidas relata desenvolverem atividades de dona de casa, apenas um paciente realizando serviços fora do domicílio:

“Eu sou dona de casa, ...à noite eu faço caminhada.” (Paciente 1)

“Às oito horas, eu pego no trabalho... à hora do almoço, eu venho em casa almoçar... Depois, eu volto pro trabalho, e daí eu fico até às sete horas da noite.” (Paciente 2)

“...eu sou dona de casa pra tudo... E pra ajudar no meu orçamento, eu costuro um pouquinho pra fora.” (Paciente 3)

Fato merecedor de destaque, nessa situação, é que a ocorrência das perdas urinárias não era relatada na descrição do cotidiano desses pacientes, o que me levou a crer que, para essas pessoas, a incontinência urinária havia sido admitida como natural. Era como se ser portador de incontinência urinária fosse algo normal, que já havia sido incorporado ao dia-a-dia das pessoas que a possuíam. Isso acabava por gerar atitudes de comodismo por parte dessas pessoas, frente ao problema, e muitas delas passavam a entender como natural sua situação de incontinente. Dessa forma, o fato de perder urina acabava não sendo relatado, por já ter se tornado algo internalizado no cotidiano desses pacientes, assim como outras atividades rotineiras, como os cuidados com a higiene, alimentar-se ou vestir-se. Outra possibilidade referente a essa não verbalização das perdas urinárias poderia estar relacionada ao constrangimento em falar sobre o assunto, já no primeiro encontro. A conversa com alguém desconhecido, à primeira vista poderia causar reações de vergonha e receio por parte do paciente. Assim, essa também é uma possibilidade a ser considerada.

Em outros casos, alguns pacientes relacionavam as perdas urinárias com história familiar ou algo inerente à própria idade, considerando-a, assim, normal. A aceitabilidade da incontinência pode variar de acordo com vários aspectos, segundo Grosse & Sengler (p.2, 2002), incluindo a cultura e as faixas etárias. Esses autores acreditam que, na mulher mais jovem, a incontinência, mesmo mínima, pode ser vivenciada de maneira mais dramática. Isso se deve, talvez, à associação que elas fazem com a senilidade ou por pensarem que, em razão disso, terão de abdicar de atividades cotidianas prazerosas, como, por exemplo, as esportivas. Assim, nessa faixa etária, parece que a incontinência urinária acaba não sendo naturalizada com tanta facilidade. No entanto, em idades mais avançadas, talvez pela existência de alguns mitos em torno desse problema, a incontinência, muitas vezes, é percebida de outra forma.

Segundo Shaw (2003), e Bruschini e Rocha (2004), muitos idosos aceitam como normal a situação, seja pela idade ou pela hereditariedade, além de acreditarem que não existe nada a fazer para melhorá-la. Isso faz com que muitos idosos vivam anos com incontinência urinária. Eles acabam não procurando ajuda e aceitando-a como algo natural e inevitável à velhice.

Apesar desse tratamento dado à incontinência urinária ter sido percebido no grupo de pacientes atendidos, se extraíram algumas questões importantes referentes aos transtornos gerados por ela. Primeiramente, observou-se que, aos poucos, os pacientes passavam a criar estratégias para conviver melhor com as perdas urinárias. Isso vem mostrar que, apesar de as perdas terem sido, aos poucos, inseridas no cotidiano dessas pessoas, ainda assim eram consideradas motivo de transtornos e incômodos. Nesse grupo de pacientes, percebeu-se que a utilização de algum tipo de proteção para sair de casa era algo habitual. Essa estratégia de uso da proteção, absorvente ou forro, era considerada pelos pacientes como uma precaução, permitindo-lhes sair de casa com mais segurança, como pode ser observado nas emissões abaixo:

“Eu uso mais por precaução aquele absorvente fininho, mais quando eu vou sair.” (Paciente 3)

“Eu uso mesmo quando eu saio, por segurança.” (Paciente 4)

Embora a utilização de proteção, ao sair de casa, tenha aparecido como algo comum, o mesmo não ocorria com frequência no domicílio. Em casa, os pacientes verbalizaram não julgar necessário o uso de absorventes, sobretudo, pela facilidade encontrada na higiene ou troca de roupa, caso houvesse necessidade, como relatado pelos pacientes a seguir:

“Quando precisa, eu troco a roupa.” (Paciente 1)

“Quando eu tô em casa não, porque, se precisa, a gente pode toda hora tá trocando; vai e toma um banho.” (Paciente 4)

A verbalização do paciente quanto ao uso ou não de absorventes e proteções diárias, bem como a quantidade e a frequência das trocas fornece outras informações importantes, que transcendem às estratégias utilizadas e aos transtornos causados a esses pacientes. Muitas vezes, o paciente não consegue expressar de forma clara e objetiva a quantidade de perdas urinárias, dado que é de suma importância para o tratamento. Assim, o relato e a descrição do número de absorventes ou protetores utilizados e trocados diariamente são uma forma de se extrair as informações acima citadas (GROSSE & SENGLER, 2002, p.45).

Outro aspecto importante que a informação a respeito dos absorventes pode oferecer é um *feedback* de resposta ao tratamento. Muitas vezes, a percepção da melhoria e do surgimento dos primeiros resultados torna-se demorada, sendo a quantificação e a comparação quanto ao uso dos absorventes um bom retorno sobre a melhora dos sinais. Esse aspecto pode servir como fonte de motivação para o paciente continuar com o programa de reeducação (GROSSE & SENGLER, 2002). Percebe-se, dessa forma, que esse tipo de informação, além de ser um meio para captar de que forma o cotidiano dessas pessoas pode ser alterado e adaptado em função das perdas, é importante também para o tratamento conservador.

Além da utilização de proteção perineal, alguns pacientes acabam encontrando outras alternativas, na tentativa de minimizar o risco de acidentes urinários. Algumas estratégias foram relatadas pelos pacientes, destacando-se as idas frequentes ao banheiro, intervalos curtos entre as micções, além do uso de roupas escuras. Essas estratégias podem ser percebidas nas falas abaixo:

“Eu tomo muito cuidado. Assim, antes de sair, eu já vou no banheiro. Quando eu vou pra algum lugar, eu já vejo onde fica o banheiro...”
(Paciente 2)

“É verdade, eu acabo indo toda hora, já criei esse hábito, com medo de perder urina.” **(Paciente 3)**

“E quando eu saio, como hoje, ó, uso roupa escura, que, se vazar, alguma coisa não aparece tanto.” **(Paciente 4)**

Com as falas acima, podemos perceber que o medo de perder urina acaba interferindo nos hábitos do paciente relativos às micções. Assim, este, antes mesmo de sentir a vontade súbita de ir ao banheiro, assume atitudes de precaução, e acaba criando hábitos miccionais adversos.

Além disso, outros pacientes chegam a ter sua vida social e atividades fora de casa prejudicadas, como é perceptível na segunda fala acima. Isso acontece porque acabam ficando dependentes do banheiro, em suas saídas, procurando sempre estar por perto de um “ponto de apoio”, caso seja necessário. Geralmente essas atitudes são mais perceptíveis em pacientes que possuem perdas por urgência. Estas são caracterizadas por uma frequência aumentada das micções (mais de 8 micções em 24 horas) associadas

a uma vontade súbita de urinar, acompanhadas de desconforto e medo de perda urinária (BRUSCHINI e ROCHA, 2004, p.9).

Ao se falar em estratégias para as perdas urinárias, situações semelhantes apareceram, ao ser abordada a sexualidade. Percebeu-se que alguns pacientes se utilizavam de alternativas para que a atividade sexual fosse possível, mesmo com a presença da incontinência urinária. Tal fato pode ser observado nas seguintes falas:

“ ...antes eu vou no banheiro, esvazio a bexiga. Se eu tiver com vontade de ir no banheiro[,] daí não dá, entende? Daí se eu faço assim, nada atrapalha... A parte sexual, por exemplo, eu... Sabe a idade da gente, a gente diminui bastante, e não sei se isso também [referindo-se à perda de urina] influencia em alguma coisa.” (Paciente 2)

“Na verdade, faz tempo que eu nem tenho direito. Depois que meu marido fez a cirurgia da próstata, ele não consegue mais direito, é mais difícil, sabe.” (Paciente 1)

Apesar de ter sido verbalizado o uso de “estratégias” que, muitas vezes, antecediam a relação sexual, como demonstrado acima, a incontinência urinária apareceu como fator de interferência. Além do medo de perder urina durante o ato sexual, outros fatores negativos também apareceram, como a idade e outros problemas de saúde. Foi possível perceber que, em alguns casos, o empecilho para as relações sexuais não estava focado no fato de a paciente ter incontinência urinária, mas, sim, estava voltado para a condição de saúde do cônjuge.

Para alguns pacientes, a incontinência urinária não apareceu como problema relacionado à vida sexual, já que a ausência desta foi atribuída à viuvez. Em outras situações, no entanto, percebeu-se a preocupação da paciente quanto à minimização da frequência das relações, em virtude da incontinência urinária. Sobre esse aspecto, e dando ênfase no ponto de vista psicossocial, Azevedo (2004, p.41) descreve que as incontinências podem ser causadoras de várias mudanças nos hábitos de vida das pessoas, incluindo restrições nas atividades sexuais, esportivas e recreativas. Aponta, ainda, que muitos acabam tendo dificuldade de entrar em novos relacionamentos ou até mesmo manter os antigos.

Na abordagem dos hábitos de vida de cada paciente atendido, incluindo lazer, atividades físicas e sociais, além da vida sexual, percebeu-se ser de suma importância

também abordar de que forma eles se comportavam frente aos hábitos alimentares e intestinais. Essa abordagem, por sua vez, faz-se necessária, já que influencia sobremaneira nas condições urinárias e na piora das perdas, por parte do paciente. Assim, no grupo de pacientes atendidos, ficou evidente que, dentre os alimentos considerados irritantes vesicais, o café apareceu como um dos líquidos mais ingeridos, como se segue:

“Chiiii, eu tomo muito café! Com o resto não preciso me preocupar, mas o café... Se deixar, eu tomo toda hora...” (Paciente 1)

“Eu tomo mesmo é café. Se deixar, eu tomo uma garrafa sozinha.” (Paciente 4)

Sabe-se, no entanto, que bebidas como chá, café e cerveja acabam sendo irritantes e aumentando assim a atividade do detrusor (GROSSE & SENGLER, 2002, p.96). Outra questão que veio chamar a atenção referiu-se ao consumo hídrico diário. Sobre isso, o que geralmente se percebe é que grande parte das pessoas que sofrem de incontinência urinária acaba diminuindo o volume de consumo de água, pelo receio de interferir no aumento das perdas de urina. Grosse e Sengler (2002) acreditam, de fato, que diminuir o aporte hídrico pode ser uma solução, no sentido de minimizar as idas freqüentes ao banheiro e a eliminações involuntárias, mas acreditam que as consequências podem ser catastróficas.

Azevedo (2001, p.3) fala sobre o assunto, quando ressalta que, segundo Reilly (2000), o paciente deve realizar uma ingesta hídrica aproximada de 1.800 ml/dia ou, mais especificamente, de 30 ml/ kg-peso/dia. O que se percebeu, no entanto, foi que todos os pacientes atendidos demonstraram uma baixa ingesta de água, seja pelo medo de perder mais urina, pela falta de sede, pelo frio, ou por preferirem o consumo de café, no lugar da água.

“Pra água eu sou meio preguiçosa, se eu tomo uns dois copos, é muito. Eu tomo mesmo é café. Se deixar, eu tomo uma garrafa sozinha.” (Paciente 4)

“Eu sei que eu preciso tomar mais água, mas ainda mais agora no inverno, que tá ficando frio, eu quase não tenho vontade. Mas vou começar fazer de conta que é um remédio, e vou tentar tomar mais” (Paciente 4)

Apesar do consumo excessivo de cafeinados associado à baixa ingesta hídrica ter sido evidente, o que veio chamar a atenção foi a mudança de comportamento presenciada no decorrer das consultas. Não que tal mudança tenha sido imposta ou exigida como parte de tratamento, porém, talvez, a percepção da melhora dos sinais de incontinência por parte dos próprios pacientes tenha sido o ponto-chave. Assim, os pacientes tiveram autonomia para optar pela melhor alimentação a ser seguida, com a substituição dos alimentos irritantes por outros, da preferência de cada cliente. O mesmo aconteceu com relação à ingesta hídrica. Eles puderam escolher como e com que tipo de líquidos iriam enriquece-la, o que pode ser observado nas emissões abaixo.

“ Tô ainda caminhando todos os dias, tô na luta! Tô controlando mais a comida... Acho que até já devo ter perdido peso (...) as frutas que tu me falasse, eu tirei tud (...) Eu até comprei aquele café que não tem cafeína, comprei um vidro daquele.” (Paciente 1)

“Olha, o mais difícil mesmo tá sendo o café. Mas já diminui bastante (...) quando fico com vontade tomo um suco ou bebo água. De manhã eu não resisto. Antes de trabalhar, acabo tomando uma xícara, mais é pequena.” (Paciente 2)

“Eu tô cuidando bastante. Tô tomando bem menos café. As frutas muito ácidas eu também diminui bastante. Apesar de adorar laranja e abacaxi, eu acabo comendo outras pra substituir. Tô caminhando bastante também.” (Paciente 2)

“Não sei, mas parece que, quando como uma comida muito forte, parece que piora” (Paciente 1)

“É... eu sei, eu quase nunca bebo, mas é que um oferece, o outro oferece... daí eu acabei aceitando. Mas é muito ruim mesmo, porque eu não consegui segurar nada, e eu já tava melhor” (Paciente 2)

Observamos que as alterações nos hábitos alimentares e de ingesta hídrica ocorrem de forma mais natural, quando o conhecimento dessa necessidade é compartilhado com o paciente. Porém outro aspecto importante a ser considerado é a preferência e prática alimentar que ele possui. Acredita-se que, a partir de suas próprias concepções, o paciente consegue compreender mais facilmente a necessidade de algumas mudanças de comportamento favoráveis ao tratamento. Mesmo assim, as mudanças nos hábitos da vida diária não se mostraram algo fácil de ser realizado,

segundo o próprio relato dos pacientes. Eles verbalizaram, com frequência, nas consultas, a dificuldade em deixar de comer o que gostavam, apesar de terem a consciência da importância do fato, como é possível perceber nas falas abaixo:

“É muito difícil. Tá bem difícil mudar. Continua a mesma, mas o açúcar foi a única coisa que eu tirei quase por completo.” (Paciente 3)

“...vai ser difícil, porque eu adoro café.” (Paciente 4)

Além dos componentes alimentares que podem vir a influenciar nas perdas urinárias, a constipação intestinal também parece ser foco de atenção. Reis et al. (2003) afirmam que a presença de impactação fecal pode, muitas vezes, ser a causa de perdas urinárias, e a simples normalização desse problema pode vir a contribuir para a melhora dos sintomas de incontinência urinária. Eles ainda citam que cerca de 10% dos quadros de incontinência urinária em idosos podem ter relação com a impactação fecal. Apesar disto, a maioria dos pacientes atendidos relataram ter um funcionamento normal do intestino, não mencionando qualquer relação das perdas com constipação intestinal. Apenas um paciente queixou-se do problema, porém informou que, com as medidas caseiras que adotava, sua constipação intestinal melhorava. Tal fato pode ser observado neste fragmento do seu relato:

“Pior que é mesmo. Meu intestino é bem trancado. Às vezes chego a ficar até uns três dias sem ir no banheiro. Pra ajudar, eu como bastante fibra e mamão, daí dá uma melhorada.” (Paciente 4)

Verificou-se que momentos como esse eram muito significativos, pois possibilitavam a troca de conhecimentos, o que propiciava a implementação do processo educativo. Juntos, paciente e enfermeira eram capazes de escolher quais as melhores opções a serem seguidas quanto aos hábitos alimentares e intestinais, respeitando as crenças e conhecimentos por cada um. Com base nos hábitos de vida diários discutidos aqui neste eixo temático, observou-se a necessidade de compreender em que proporção a incontinência afeta não só o cotidiano das pessoas afetadas, como também a sua qualidade de vida, sendo esse o foco de discussão do próximo eixo temático.

6.2 A repercussão da incontinência urinária na qualidade de vida

Este eixo temático buscou, de certa forma, compreender um pouco mais de que maneira a ocorrência da incontinência urinária pode vir a ser um fator de interferência na qualidade de vida das pessoas que a possuem. Nesse sentido, a compreensão prévia dos tipos de incontinência urinária de cada paciente atendido tornou-se importante, já que se acredita que diferentes quadros de perdas urinárias podem vir a gerar diferentes percepções do seu impacto sobre a vida das pessoas.

Dentre o grupo de pacientes atendidos, a maioria apresentou sinais e sintomas de perdas por urgência. Foi possível identificar isso através de anamnese, exame físico, testes de esforço e diário miccional, realizados durante as consultas de enfermagem. Outro aspecto que favoreceu a avaliação de cada caso foram os próprios relatos dos pacientes, onde era possível perceber os hábitos urinários e as características das perdas específicas de cada um, como atestam as falas abaixo.

“Se eu chegar no banheiro e tiver trancado, eu não consigo segurar.” (Paciente 2)

“... quando eu tô chegando em casa, e se demora um pouquinho... já aconteceu de não dar tempo.” (Paciente 4)

Os relatos dos pacientes com perdas por urgência geralmente davam-se em torno da dificuldade em chegar a tempo ao banheiro. Dentre os pacientes atendidos, apenas um apresentava perdas características de incontinência urinária de esforço:

“Então é assim: quando eu espirro, eu faço. Quando eu tusso muito, sabe?” (Paciente 1)

O que se presenciou na prática, conforme as falas acima, é reforçado nas pesquisas a respeito da incontinência urinária, já que se acredita que as perdas por urgência constituem-se na principal causa de incontinência urinária em pacientes idosos de ambos os sexos, cerca de 60%. Já a incontinência urinária de esforço aparece como responsável por aproximadamente 30% dos casos (CONTINENCE CENTER, 2004).

Ao relacionarmos os tipos de incontinência e as características das perdas urinárias à qualidade de vida das pessoas que as possuem, é possível compreender o

impacto e transtornos gerados. Nos casos de pacientes com perdas por urgência, que foram maioria neste estudo, foi possível perceber que as atividades normais do dia-a-dia acabavam sendo prejudicadas. As queixas principais se davam em torno da dificuldade em sair de casa, pela necessidade de idas constantes ao banheiro e o medo de não chegar “a tempo”. A dependência do banheiro se havia tornado algo comum para esses pacientes que relataram a necessidade constante de encontrar um banheiro, assim que chegavam a supermercados, festas e casa de amigos, ou ainda quando estavam desenvolvendo alguma atividade física. Isto é facilmente percebido no relato a seguir:

“Quando eu tô caminhando, principalmente a época que tá meio frio (...) já tem um trajeto que eu faço, que daí eu falo pra minha esposa que, cada meia hora, eu tenho que procurar um lugar. Daí eu tenho que parar, porque senão eu molho a roupa.” (Paciente 2)

Além dessa “dependência” do banheiro, percebida na fala acima, outro aspecto também mencionado, e que merece discussão, diz respeito ao sono e repouso. Sobretudo em pacientes com sintomas de perdas por urgência, sabe-se que, frente à necessidade de idas noturnas freqüentes ao banheiro, o sono sempre é interrompido. Dessa forma, no grupo de pacientes atendidos, que tinham incontinência urinária de urgência, essa foi uma queixa constante, como podemos perceber abaixo:

“...tem época que à noite, a cada uma hora e meia eu tenho que levantar. Aliás, eu tenho até um relógio biológico. Completou uma hora, e já acordo e vou no banheiro. Se eu chegar no banheiro e tiver trancado, eu não consigo segurar.” (Paciente 2)

No caso específico do paciente com perdas por esforço, diferentes relatos e queixas se comparavam ao caso acima. Estas, por sua vez, limitavam-se quase sempre à insegurança em perder urina ao tossir e espirrar. Apesar de terem sido percebidas queixas diferentes nos dois casos de incontinência urinária encontradas no grupo de pacientes atendidos, os transtornos gerados para a sua qualidade de vida acabavam sendo semelhantes.

Ao falarmos em qualidade de vida, temos que ter mente a complexidade que a sua definição traz. Ao relacionarmos o conceito de qualidade de vida ao processo de envelhecimento, o mesmo deve ser abordado de modo a transcender às questões de saúde/doença. Ramos (2003), afirma que um idoso com uma ou mais doenças crônicas

controladas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem o devido controle, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas. Paschoal (2000), na busca por tentar compreender o significado de qualidade de vida para os idosos brasileiros, entrevistou-os, tentando captar suas percepções. Segundo seus informantes, os aspectos que eram capazes de contribuir positivamente para a qualidade de vida incluíam: segurança, ter apoio da família, aproveitar cada momento da vida, ser amado. Assim, percebe-se que o conceito de qualidade de vida no envelhecimento deve transcender as questões de saúde/doença.

A qualidade de vida, aqui, em particular, voltada ao paciente incontinente, pode estar afetada, na medida em que as atividades de lazer, o convívio familiar e com amigos, além das atividades da vida diária, encontram-se ameaçadas pelas perdas urinárias. Assim, acredita-se que a qualidade de vida desse paciente possa ser conquistada, na medida em que ele seja capaz de buscar por autonomia e independência, para autocuidar-se. Paschoal (1996) acredita que os anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, já que são anos marcados por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. Porém ele acredita que, se as pessoas conseguem envelhecer autônomas e independentes, a sobrevida aumentada pode ser plena de significados. Percebe-se assim que, com o processo de envelhecimento, a qualidade de vida passa a ter outros significados, estando intimamente relacionada a questões de autonomia e independência. Dessa forma, acredita-se que as pessoas que estão aptas a gerir e participar ativamente de suas próprias vidas poderiam ser consideradas saudáveis.

Trazendo esses aspectos acerca das concepções sobre o que é ter qualidade de vida para o contexto do paciente com incontinência urinária, percebe-se que os estudos existentes são unânimes em apontar que a incontinência urinária provoca importantes alterações na vida da pessoa acometida, sejam elas de aspecto social ou psicológico. Tais mudanças nos hábitos de vida puderam também ser percebidas no grupo de pacientes atendidos. Muitos deles referiram várias alterações nas atividades rotineiras, valendo aqui destacar a dificuldade em sair de casa ou participar de atividades sociais, como no depoimento a seguir:

“É ruim, porque às vezes a gente quer participar de uma festa ou um passeio, alguma coisa, então a gente tem que tá correndo pra lá e pra cá.”
(Paciente 2)

Assim, é possível reconhecer nitidamente o impacto que as perdas urinárias podem trazer à vida de quem a possui. O isolamento social passa ser um dos grandes problemas apresentados pelos pacientes, que acabam muitas vezes afastando-se da família, amigos, ou deixam de realizar suas atividades de lazer em função do problema. Retomando aqui o conceito da International Continence Society (Bruschini & Rocha, 2004) onde se diz que a incontinência urinária é uma perda involuntária de urina, que acarreta situação social e higiênica desconfortável, o que se pode perceber é que esse “desconforto” foi um evento citado com destaque pelos pacientes. Muitos demonstraram medo em sair de casa pelo risco de perder urina, ou relataram insegurança relacionada ao odor, muitas vezes gerando constrangimento, claramente perceptível nas falas abaixo:

“Ah... é ruim né, porque tá sempre molhando, parece que fica com cheiro.” (Paciente 1)

“É péssimo né, a gente parece que tá sempre cheirando. Eu até acho que não tô nem mais saindo de casa por causa disso. E quando eu saio, como hoje ó, uso roupa escura, que se vazar alguma coisa, não aparece tanto.” (Paciente 4)

Apesar de se ter percebido a dimensão do que a incontinência pode vir a gerar na vida dessas pessoas, um fato que chama atenção é a demora na procura por ajuda ou tratamentos. Muitos pacientes convivem com o problema durante anos, sem procurar auxílio e acabam assimilando, muitas vezes, como sendo normal a sua situação de incontinente. Foi possível perceber isso na prática, no grupo de pacientes atendidos. Eles referiram perder urina de um a quatro anos, sendo que um paciente apresentou piora no último ano. Isso vem reforçar o que se discute a esse respeito, sabendo-se que, na maioria das vezes, os pacientes convivem anos com o problema, sem procurarem ajuda. É o que demonstram os relatos dos pacientes:

“Esse negócio de perda de urina não faz muito tempo que começou. Uns três ou quatro anos, por aí.” (Paciente 2)

“Já faz tempo, acho que mais de um ano. Agora parece que até tá pior. Tenho que levantar de noite pra ir no banheiro rápido, porque pode não dar tempo, mas geralmente eu perco mesmo é de dia, como eu te disse, quando eu vou espirrar, tossir.” (Paciente 4)

Esses dados vêm corroborar o que se encontra em estudos sobre esse assunto. Acredita-se que uma a cada três pessoas que sofrem de incontinência sentem-se

constrangidas em falar sobre o problema com familiares, amigos ou com um profissional de saúde. Isso faz com que elas convivam com o problema por muitos anos, sem procurar ajuda e acabem considerando-o um evento “normal” (SHAW, 2003). Talvez o fato de perceberem a incontinência urinária como algo inerente ao processo de envelhecimento possa contribuir para isso. Muitos acreditam que não há nada a fazer e acabam relacionando a presença de perdas urinárias à idade. Apesar da demora em decidirem-se pela procura do tratamento, os pacientes atendidos assumiram a decisão, após orientação de outros profissionais da saúde, como o geriatra ou a enfermeira. Assim, no terceiro eixo temático vou abordar questões específicas ao tratamento, dando ênfase às expectativas dos pacientes quanto à abordagem conservadora.

6.3 A busca por suporte e tratamentos

Este terceiro eixo temático abordará questões referentes aos tratamentos para a incontinência urinária, procurando resgatar a percepção dos pacientes referente, sobretudo, à terapia comportamental como opção de tratamento.

Ao falar em tratamentos para a incontinência urinária, temos que ter em mente a gama de opções existentes, já mencionadas anteriormente, no decorrer do trabalho. As dificuldades, em geral, sobre esse assunto, giram em torno da escolha sobre o melhor tratamento, a qual deve ser compartilhada pelo profissional de saúde e o paciente.

No caso específico dos tratamentos conservadores, aqui, em especial, a terapia comportamental e a reeducação perineal, é possível perceber outras dificuldades. Além da morosidade com que os primeiros resultados começam a aparecer, outro fator que surge é a insegurança por parte dos pacientes e, às vezes, até de alguns profissionais da área da saúde, quanto à eficácia do tratamento. Isso talvez possa acontecer por tratar-se de um recurso novo e ainda pouco difundido.

Dessa forma, durante as consultas de enfermagem com os pacientes incontinentes, se procurou levantar questões a respeito de tratamentos anteriores já realizados. Além disso, buscou-se conhecer as expectativas e inseguranças quanto aos resultados e as percepções sobre o início do tratamento conservador. Do grupo de pacientes atendidos, dois relataram já terem procurado outros tratamentos anteriormente, como medicações e cirurgia. No caso específico do paciente que realizou cirurgia, o mesmo relatou que, após 11 anos, as perdas voltaram a acontecer. Os demais

nunca haviam tentado outro tratamento e só resolveram procurar ajuda em virtude da piora das perdas urinárias.

O que me chamou a atenção foi que muitos pacientes desconheciam a essência do tratamento, mas, mesmo assim, decidiram iniciá-lo. Penso que o fato deles terem sido encaminhados por outros profissionais da área da saúde, já conhecidos, talvez possa ter contribuído para isso.

Lelis e Glashan (2001) ressaltam a importância de que os profissionais de saúde que atendem pacientes incontinentes procurem estabelecer um vínculo com os mesmos, respeitando seus limites e buscando por uma interação afetiva. Assim, procurei, em todos os atendimentos realizados, estabelecer uma relação empática com o paciente, de modo a favorecer a confiança entre as partes, e deixando-o à vontade para expor seus questionamentos e opiniões. Isso favoreceu a interação, possibilitando que, juntos, enfermeira e paciente, buscassem o melhor caminho e pudessem decidir as questões acerca do tratamento. Os depoimentos abaixo falam um pouco dessa relação.

“E sei que eu vou conseguir bastante coisa com a sua ajuda. Então eu tô contente.” (lágrimas) **(Paciente 2)**

“Você escuta a gente, deixa a gente bem à vontade, explica tudo bem direitinho e a gente consegue entender. Vou torcer pra que dê certo.” **(Paciente 2)**

“Pra mim, eu acho que tá adiantando, mas sei que é um pouco cedo ainda pra dizer (...) já não tenho tanto aquela preocupação.” **(Paciente 1)**

“É como eu digo pra ti, nesses 15 dias eu tô achando mais controlado, mas ainda não é aquela sensação que eu me sinto segura (...) Tô bem disposta a continuar!” **(Paciente 3)**

“Eu acho que vai dar certo, tô com esperanças!... Aii... porque continuar assim é horrível, a gente se sente má. Eu adorava sair... agora quase não saio. Se der certo, vai ser muito bom!” **(Paciente 4)**

Apesar de ter conseguido um bom relacionamento já no início do tratamento, como demonstrado acima, foi possível perceber através dos relatos, que os pacientes ainda assim demonstravam sinais de dúvidas quanto aos resultados, porém com perspectivas e desejo de persistir. Além disso, acredito que nossa interação também contribuiu para a continuidade do tratamento por parte dos pacientes, já que muitos

acabam desistindo, o que se deve, muitas vezes, à demora em aparecerem os primeiros resultados.

O que se percebe é que ainda existe uma cultura imediatista que cerca as questões de saúde, fazendo com que muitas pessoas aguardem resultados rápidos, o que não ocorre com a terapia comportamental. Apesar disso, os pacientes atendidos puderam demonstrar sua satisfação com o tratamento, já nas primeiras semanas. Por outro lado, isso também trouxe alguma preocupação, pois, diante dos primeiros sinais de melhora, alguns já manifestavam o desejo de interromper o tratamento, como observado nas colocações a seguir:

“Até eu notei assim que eu tô bem controlada, não tem? Assim, quando eu vou espirrar, eu já consigo me controlar, quando vou tossir... eu não tenho mais aquela perda de urina, entendesse?” (Paciente 1)

“Por mim, eu acho que já tô bom. Não perco mais xixi, tô muito melhor.” após a 3ª. consulta (Paciente 2)

Apesar de algumas mudanças referentes às perdas urinárias já aparecerem no início do tratamento, algumas questões devem ficar explícitas para o paciente. Primeiramente, vale ressaltar que, apesar das melhoras iniciais, as orientações e exercícios devem ainda ser mantidos. Isso é importante porque, em alguns casos, os pacientes, diante das melhoras, passam a não mais realizarem o tratamento como deveriam, voltando assim a piora dos sintomas. Outra questão que é importante ser reafirmada diz respeito ao tempo de tratamento. O paciente deve ser informado de que os primeiros resultados definitivos geralmente ocorrem por volta de três meses de tratamento. Assim, os pacientes devem ser estimulados, para que as possíveis perdas que possam vir a ocorrer, dentro desse período, não se tornem motivo de desânimo ou desistência. Isso porque se percebeu, na prática, que os pacientes atendidos, após um tempo maior de tratamento e após dias sem perdas, mostravam-se desanimados com os episódios esporádicos que ocorriam. Alguns, por sua vez, creditavam os episódios de perdas inesperadas a vários motivos, incluindo a ingestão de bebida alcoólica, mudança climática e até mesmo gripe e resfriados, sendo possível perceber tais influências nos relatos dos pacientes:

“No começo, eu até tava bem, mas eu tô umas duas semanas com uma gripe, uma tosse, e que de vez em quando eu me urino toda!” (Paciente 1)

“...por ter esfriado tanto, a gente tem que ir mais vezes no banheiro, mas mesmo assim eu tô conseguindo segurar por três/quatro horas.” (Paciente 2)

“Teve um dia, lá numa festa, que eu tomei muito chopp. Aí... quando eu cheguei em casa, eu não agüentei. Escapou!” (Paciente 2)

Frente às queixas acima apresentadas, algumas questões puderam ser avaliadas. Diante das perdas relacionadas ao quadro de gripe, as práticas e os relatos dos pacientes vieram reforçar o que é dito na literatura. Grosse e Sengler (2002) ressaltam que a tosse, o riso, o espirro ou qualquer esforço aumentam a pressão abdominal, o que vem explicar, por sua vez, o agravamento das incontinências de esforço na ocorrência de gripes ou bronquites.

A ingesta de álcool também foi abordada por um paciente como um fator causal de piora do quadro. Sabe-se, no entanto, que a ingesta de álcool contribui para hiperatividade detrusora, já que ele consiste em um irritante vesical.

A mudança climática também aparece como um fator importante relatado por quase todos os pacientes, como sendo causa de piora nas queixas. Apesar de não se ter comprovações científicas sobre tal evento, as queixas dos pacientes devem ser consideradas, já que os atendimentos ocorreram em estação fria e, de fato, a maioria relatou piora nas épocas em que houve queda de temperatura.

De certa forma, essas relações que os próprios pacientes fizeram sobre eventos da vida com a piora das perdas puderam ser consideradas algo positivo. Isso fez com que eles próprios ganhassem consciência daquilo que poderia fazer piorarem as perdas e, por sua vez, acabavam mudando, aos poucos, seus hábitos de vida diários. As tomadas de decisão diante das mudanças de comportamentos, bem como a adesão ao tratamento, puderam ter como resposta melhoras significativas dos episódios de incontinência. Este *feedback*, na grande maioria das vezes, era dado pelo próprio paciente, que computava as melhoras e via como positivos os resultados com o tratamento, como a seguir:

“Nossa, eu tô muito contente. Tô gostando mesmo. Já deu pra perceber muita melhora, e até a minha esposa e a minha filha notaram que eu

não preciso ir toda hora no banheiro. Quero continuar, sim, até ficar bom.”[após a 2ª. consulta] (Paciente 2)

“A princípio, eu tô feliz da vida. Eu não sei o que é que me resolveu, mas aquele vazamento que eu tinha de vez em quando, que segurava e não dava tempo, aquilo acabou. Eu tô feliz da vida!”-[após a 2ª. consulta]- (Paciente 3)

As melhoras percebidas, com o passar dos encontros, eram também acompanhadas de motivação pessoal, sobretudo no que se referia à realização dos exercícios. Aos poucos, os pacientes conseguiam adaptar os exercícios aprendidos em consultório à sua rotina de vida diária. Muitos avaliaram serem de fácil execução, sobretudo porque podiam fazê-los enquanto executavam as tarefas rotineiras, como atividades de costura, assistir televisão, durante o banho ou até mesmo durante o trabalho. Um exemplo dessa adaptação dos exercícios ao cotidiano pode ser exemplificado com a fala abaixo:

“Eu faço todos, mas faço mais sentado, porque aproveito quando tô no meu trabalho. Geralmente lá eu fico sentado. Os outros eu faço em casa.” (Paciente 2)

Apesar das facilidades encontradas, outras questões também foram relatadas pelos pacientes. As queixas a respeito dos exercícios se davam, sobretudo, no que se referia à sincronia da respiração correta com a contração da musculatura do assoalho pélvico, como nos relatos dos pacientes:

“O exercício em si, não. O mais difícil mesmo é lembrar de fazer a respiração direitinho, mas eu consigo.” (Paciente 3)

“...e a ginástica que você falou, eu faço, mais esqueço da respiração [risos].” (Paciente 3)

“O difícil mesmo é saber respirar junto com a contração.” (Paciente 4)

Sabe-se que a realização da respiração correta evita fadiga e minimiza a contração de musculatura acessória. Assim, se pôde perceber, durante as consultas de enfermagem, que os pacientes que se queixavam de dificuldades referentes à parte respiratória mostravam-se cansados, ao final dos atendimentos. Além disso, eles tinham maiores dificuldades em realizar os exercícios corretamente, já que com mais facilidade

músculos considerados “parasitas”, como abdome, parte interna da coxa e glúteo. Em função disso, algumas estratégias foram utilizadas como, por exemplo, o uso da mão sobre o abdome, para ajudar a perceber o momento de sua contração inadequada. Outros exercícios puderam ser adaptados com a utilização de bolas, o que favorecia uma compreensão maior e isolamento da musculatura ideal na realização dos exercícios. Essas estratégias simples, usadas na prática dos atendimentos, acabam substituindo equipamentos mais sofisticados, que teriam a mesma função, como é o caso do *biofeedback*. A dificuldade do aprendizado dos exercícios, em apenas uma situação, foi atribuída à velhice:

“Pois é, a pessoa quando é velha, fica mais difícil de aprender as coisas, né?” (Paciente 3)

Dessa forma, os pacientes eram estimulados a retornarem às consultas, inicialmente uma vez por semana, e, aos poucos, foi sendo aumentado o intervalo dos encontros para quinzenal ou mensal. Isso se fazia necessário sobretudo nos casos acima citados, referentes às dificuldades na realização dos exercícios. Assim, gradativamente, os pacientes foram conseguindo realizar cada vez melhor os exercícios, isolando a musculatura adequada e sincronizando a contração com a respiração. Fato interessante é que os próprios pacientes, diante de suas melhoras, realizavam a progressão dos exercícios, como se pode observar nos seguintes depoimentos:

“Eu tô fazendo todos aqueles que tu me ensinasse... Não tem dificuldades, tô conseguindo bem direitinho.” (Paciente 1)

“Eu aumentei de 10 para 15 vezes cada exercício... Na hora de contrair, eu segurava antes só uns cinco segundos, mas agora tem vezes que vou até 15. Lá pelo 10, a força diminui um pouco, mas eu consigo!” (Paciente 2

)

Aos poucos, através dos relatos, os próprios pacientes eram capazes de dar um retorno acerca da resposta de cada um ao tratamento recebido. A verbalização do número de pequenos ou grandes acidentes, bem como o número de absorventes diários também auxiliava nessa avaliação, porém a satisfação referida pelos pacientes acabava sendo a de melhor mensuração quanto aos resultados esperados, podendo ser percebida nas falas abaixo:

“Agora ultimamente é difícil, quando é uma ou duas vezes [referindo-se às perdas].” (Paciente 1)

“É... outra coisa que eu percebi é que, antes do tratamento, eu tinha que levantar umas cinco ou seis vezes à noite, senão fazia por tudo. Agora, levanto no máximo duas vezes, e eu sei, se continuar fazendo esse tratamento, eu não vou mais precisar levantar.” [após a 3ª. consulta] (Paciente 2)

O que se percebeu foi que, apesar de ser um tratamento novo e, ao mesmo tempo, prolongado, os pacientes atendidos mostravam satisfação na sua realização, bem como contentamento com os resultados obtidos. Mesmo os que já haviam realizado outro tipo de tratamento para a incontinência urinária ressaltavam que o fato de não precisarem submeter-se a cirurgia ou ingerir medicações diárias eram fatores que os deixavam ainda mais satisfeitos. Ao se falar em tratamento, a participação da família assumiu um importante papel, no que se refere ao apoio e incentivo. Dessa forma, achou-se necessário realizar um eixo de discussão, no qual fosse abordada a rede de apoio familiar e as relações sociais desses pacientes, sendo então esse o foco de discussão do próximo eixo temático.

6.4 Rede de apoio familiar e relações sociais

O processo de envelhecimento traz consigo uma série de mudanças, muitas delas que acabam interferindo na estrutura familiar. Sabe-se, entretanto, que com o processo de envelhecimento e a conseqüente diminuição da autonomia e independência por parte do idoso, a família é quem acaba sendo o suporte e assumindo algumas funções, sobretudo nas questões de saúde. Desta forma, este quarto e último eixo temático vêm abordar de que maneira as relações familiares eram estabelecidas e como se dava a rede de apoio dos pacientes incontinentes atendidos.

O apoio familiar no contexto que norteia a incontinência urinária em nossa pesquisa foi evidente, uma vez que foi possível perceber que a família também desempenha um importante papel nesta situação. Isto porque, por muito tempo, a incontinência urinária foi ou ainda é um assunto pouco discutido e abordado em outros espaços. Muitas vezes, este é um tema falado apenas na esfera doméstica e com alguns familiares. É junto a eles que os pacientes buscam compreender ou dar significado a esse evento de saúde. Em algumas situações, por acreditarem que a incontinência

urinária é um problema típico do envelhecimento ou é algo hereditário, acabam por naturalizá-la, não procurando por ajuda.

No entanto, o que percebi é que diante de um processo de doença que acaba por gerar danos não só fisiológicos como também psicológicos e sociais, como é o caso da incontinência urinária, a família desempenhou um importante papel de apoio ao paciente. Esta percepção foi se consolidando na medida em que ouvia os relatos feitos pelos próprios pacientes, durante os encontros, acerca das suas vivências experienciadas no cotidiano. Isto porque, apesar de todos eles mostrarem-se independentes para execução das atividades da vida diária expressavam certa dependência para o desempenho de atividades instrumentais e mais complexas, tais como: pagar contas, fazer compras, acompanhamento nas consultas de saúde, entre outras.

Apenas um paciente relatou não ter comentado sobre o problema com nenhum familiar abordando-o apenas com o profissional da saúde, durante as consultas no ambulatório.

“A gente tenta superar que não é pra dar trabalho pros filhos né...”
(Paciente 3)

O que se pôde aqui verificar é que nem sempre a família é escolhida pelo idoso para ser seu apoio para as questões de saúde. Isto pode acontecer não só pelo constrangimento e vergonha que o idoso sente para falar do assunto, mas também para não preocupar os familiares. A fala acima é um bom exemplo dessa situação.

No tocante as questões de cuidado no contexto familiar foi possível observar que, geralmente os filhos, sobretudo as filhas mulheres, acabaram assumindo o papel de cuidador e confidente. Esta predominância das mulheres no exercício do papel de cuidadoras de idosos foi também percebida em outros trabalhos como em Velásquez et al. (1998), Sommerhalder e Neri (2001), Alvarez (2001), Santos e Rifiotis (2003), entre outros.

Referente a esta maior participação da mulher no cuidado, Schier (2004, p.60) ressalta que este fato é algo que foi construído historicamente dentro das relações sócio-culturais e também construído pela própria cuidadora, que acaba assumindo este papel por identificar-se com esse tipo de trabalho.

O cônjuge também apareceu como ponto de apoio para um paciente. Desta forma, os pacientes relatavam que a esposa e filhas eram quem os auxiliavam nas

atividades diárias. Além disto, elas passavam a ser suas confidentes e com quem eles costumavam compartilhar as preocupações e sentimentos. Eram elas quem geralmente agendavam, levavam e acompanhavam as consultas de enfermagem. Essa constatação corrobora o que já afirmava Velásquez et al. (1998), quando dizia que a escolha do cuidador é algo que está relacionada à proximidade física, tendo influência o grau de parentesco e a proximidade afetiva existente entre as partes, sendo ela predominantemente conjugal ou filial.

O que observei é que, apesar de todo suporte familiar, alguns pacientes ainda se queixavam de falta de apoio da família. Ressaltaram a falta de colaboração por parte do marido, preocupação aumentada com os filhos ou mesmo a falta de visitas por parte de outros membros da família. Este sentimento pode ser percebido nas colocações abaixo:

“A gente faz, faz, se preocupa com o marido e no final eles não tão nem aí pra gente” (Paciente 1)

“As vezes é problema com a família, a gente fica sentida também porque às vezes eles demoram mais a aparecer em casa. (...) eu tenho um filho que ta desempregado; é uma preocupação a mais...” (Paciente 3)

Apesar de essas queixas terem sido referidas pelos pacientes, as famílias cuidadoras mostraram-se presentes em todo processo de tratamento. Geralmente acompanhavam as consultas desempenhando papel importante no reforço das orientações e incentivo ao tratamento. Além disto, a participação da família também se mostrou indispensável no domicílio. As famílias ajudavam seu familiar na realização correta dos exercícios e na manutenção das orientações alimentares, sendo de importante ajuda e grandes incentivadores para a continuidade do tratamento. Este apoio familiar podia ser percebido naturalmente através dos relatos dos próprios pacientes:

“Daí lá em casa eles também colaboram comigo. Já quando eles vão comprar eles dizem: “Olha, a mãe não pode tomar tal coisa...” (Paciente 1)

“É...eles fazem tudo pra me ajudar, me obrigam a entrar na ginástica...” (Paciente 3)

Por outro lado, também verifiquei que além da família os amigos ou a rede de suporte social representaram um importante apoio para alguns pacientes. Uma das pacientes relatou-me que apesar de não contar com a família como suporte acabava encontrando apoio em suas clientes e nas colegas do grupo de ginástica que freqüentava, como podemos observar nas colocações que se seguem:

“Eu tenho minha costura também; a minha costura que me dá muita força. Vem um e conversa, vem outro e conversa” (Paciente 3)

“A ginástica tem sido muito boa, a conversa é do mesmo nível da gente. Um levanta a perna e outro já não pode; é um que deita e outro já não dá (risos). É uma hora que a gente passa diferente” (Paciente 3)

Com as falas acima, pude perceber que, muitas vezes, a rede de apoio transcende os limites familiares. As relações sociais acabam tornando-se ponto de importante ajuda ao paciente. Os encontros de grupo, atividades de lazer ou até ocupacionais passam a ocupar o papel que em geral é desempenhado pelos familiares próximos: o de dar apoio, ouvir, conversar, distrair. A esse respeito, Medeiros (2004, p.193) afirma que as pessoas que envelhecem têm a possibilidade de ampliar a rede de amizades que, com muita propriedade, podem se tornar um apoio e motivo de felicidade.

Outra questão que cabe aqui ser discutida é que, além da família e amigos, os profissionais de saúde também exercem fundamental papel dentro da rede de apoio a esses pacientes. No entanto, isso não é a regra. O que ocorre com freqüência em ambientes hospitalares, durante o período de internação ou nas próprias consultas com profissionais da área da saúde este assunto não costuma ser falado ou se quer investigado. Isto acontece ora por falta de conhecimento ou habilidade por parte dos profissionais de saúde, ora pelo constrangimento sentido por parte dos pacientes. Estes, por sua vez, acabam permanecendo com o problema sem comentar ou pedir ajuda.

Atualmente, apesar dos avanços na medicina e minimização de certos tabus, ainda há resistência por parte dos pacientes que sofrem de incontinência em falar sobre o assunto com alguém da família, algum amigo ou até mesmo com um profissional da saúde. Grosse & Sengler (2002) mostram que cerca de 70 % das mulheres que possuem distúrbios miccionais nunca falaram sobre o problema com seu médico. Acrescentam,

ainda, que o tabu e o silêncio também costumam ser uma prática comum por parte dos clínicos que, por desconhecerem o problema, preferem muitas vezes, não abordá-lo.

Tendo em vista o que se discutiu acima, o grupo de pacientes que participou da pesquisa mostrou características peculiares. Isto porque, das pessoas atendidas, todas já haviam comentado sobre o assunto com algum profissional da saúde anteriormente. Este dado nos indica que possivelmente está ocorrendo uma mudança na forma de abordagem feita pelos profissionais de saúde. Parece que eles estão conseguindo interagir melhor com os pacientes, o que tem facilitado a esses a expressão de todos os seus problemas como, por exemplo, a incontinência urinária. Por sua vez, os profissionais abrem mais espaço para discussão dos agravos de saúde e buscam junto com os pacientes as possíveis de soluções.

Ao findar a discussão do quarto e último eixo temático cabe por fim refletirmos sobre o papel do enfermeiro nesta rede de apoio acima abordada. Percebeu-se na prática, em muitos encontros, que os pacientes viam na figura do enfermeiro alguém com quem podiam contar não apenas do ponto de vista profissional. Parece que interação estabelecida, sustentada pelo referencial teórico-metodológico, facilitou a criação de um vínculo de confiança e parceria para execução do tratamento proposto.

Era no espaço ambulatorial que os pacientes sentiam-se à vontade para se abrir e contar suas preocupações. Pude perceber em muitos encontros, que o foco da conversa não estava voltado apenas para a incontinência urinária e sim, para os problemas que os pacientes haviam tido na semana e as preocupações com a família. Desta forma, pude perceber que aquele espaço era também usado como um momento de expressão de sentimentos e emoções. Assim, foi perceptível a relação de confiança estabelecida entre as partes, confirmando ser o profissional da saúde também um importante aliado nessa rede de apoio ao paciente incontinente.

7 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Diante da discussão dos quatro eixos temáticos acima apresentados, cabe por fim neste capítulo, avaliarmos os resultados encontrados após a aplicação da proposta apresentada ao início do trabalho.

Primeiramente, cabe aqui avaliarmos o referencial teórico-metodológico adotado. Apesar de as duas bases teóricas – Orem e Freire- pertencerem a épocas e linhas diferentes, na prática, percebeu-se que a junção de ambas foi possível. A sua complementaridade permitiu uma assistência de enfermagem voltada para o autocuidado que transcendia a simples transferência de conhecimento com a imposição de orientações e cuidados. Ao contrário, a inclusão das contribuições de Freire possibilitou uma educação participativa, onde o enfermeiro pôde ser apenas um facilitador do processo educativo. Dessa forma, juntos, enfermeira e paciente traçaram metas e decidiram o melhor caminho a ser seguido para as ações de autocuidado.

Os encontros periódicos, por sua vez, fizeram-se necessários para a efetividade do tratamento. Eles possibilitavam o acompanhamento direto dos exercícios, a leitura do diário miccional e o reforço das orientações, dirimindo as dúvidas encontradas. Era também um momento de avaliar gradativamente os resultados. Apesar disso, os encontros não respeitaram a periodicidade pré-determinada, já que o intervalo entre as consultas variou para cada paciente. Assim, a periodicidade dos encontros foi determinada por vários fatores: 1) a possibilidade, por parte do paciente, de vir à consulta, em função de trabalho; 2) a possibilidade de algum parente trazer o paciente às consultas, para os que dependiam de carona; 3) pacientes que apresentaram boa evolução do quadro não necessitaram de encontros seguidos; 4) questões econômicas, que dificultavam a compra de passe, entre aqueles pacientes que dependiam de ônibus. Apesar de todos esses fatores terem influenciado a periodicidade dos encontros, os mesmos não tiveram um intervalo superior a 15 dias, sendo a maioria dos clientes atendida semanalmente.

Glashan et al. (2003) aplicaram as intervenções comportamentais em mulheres idosas, realizando atendimentos com intervalos de duas semanas, por um período de três meses, conseguindo resultados satisfatórios. Isso vem confirmar que encontros quinzenais são possíveis na prática, e permitem a efetividade do tratamento, com bons resultado

Avaliando especificamente os instrumentos utilizados para a coleta de dados, observei que estes foram de suma importância para que o caminho acima citado – o de educar para o autocuidado – se tornasse possível. Assim, a entrevista semi-estruturada possibilitou conhecer o paciente como um todo, ultrapassando as questões urológicas. Muitas vezes, a seqüência e as questões não eram seguidas na íntegra, já que as conversas eram conduzidas conforme os assuntos iam surgindo. Dessa forma, o paciente era capaz de contar-me um pouco da sua realidade, vivenciada no cotidiano junto à sua família, sobre seus hábitos de vida, seus conhecimentos prévios acerca de assuntos como qualidade de vida, saúde e doença, entre outros. Essas informações tornavam-se ainda mais importantes, diante da construção conjunta das ações de autocuidado. Isso porque era partindo do conhecimento trazido pelo paciente e de sua experiência de vida, que as metas eram traçadas e o tratamento implementado. Essas ações, segundo Freire (1996), possibilitam, através de uma educação problematizadora, que as pessoas envolvidas visualizem e vislumbrem as possibilidades de transformação da realidade.

Na seqüência, utilizei-me do formulário para avaliação de dados específicos às questões urológicas, que se mostraram como algo positivo e fundamental. É de suma importância conhecer a história pregressa de saúde do paciente, para se detectar suas possíveis influências na incontinência urinária. As questões iniciais abordadas nesse formulário referiam-se aos dados de identificação pessoal. Isso se mostrou necessário, já que permitiu melhor descrição e delimitação dos sujeitos que estavam sendo atendidos. As questões referentes a antecedentes pessoais e outras específicas à incontinência urinária (características das perdas, uso de absorventes, alimentação), além do exame físico apurado, propiciaram melhor avaliação do paciente. Além disso, facilitaram a identificação do tipo de incontinência urinária e a verificação das possíveis relações de outras patologias e hábitos alimentares/intestinais com as perdas. A grande dificuldade percebida foi quanto à quantificação das perdas urinárias por parte dos pacientes. Nesse sentido, o diário miccional sugerido por Lelis e Glashan (2001), como uma maneira de traduzir para o profissional de saúde as queixas verbalizadas pelo paciente, foi de suma importância. Ele facilitou a avaliação do número de perdas diárias e os seus horários. Os pacientes consideraram o instrumento de fácil entendimento e utilização, não demonstrando problemas quanto ao preenchimento.

Ao avaliar as respostas obtidas com o tratamento implementado, foi possível perceber que os resultados atenderam às expectativas. Do grupo de pacientes atendidos, a recuperação total da continência ocorreu com três pacientes e a parcial com um.

Assim, é possível afirmar que o tratamento conservador através da terapia comportamental mostrou-se eficiente para esse grupo de pacientes. Vale lembrar que, em todas as situações, os primeiros sinais de melhora começaram a surgir já no primeiro mês de tratamento, tendo o ápice de melhora com aproximadamente 12 semanas de acompanhamento. Glashan et al. (2001), Camargo (2000), Brandt et al. (1995), em pesquisas realizadas junto a pacientes incontinentes, reforçam essa informação, já que, em todos os estudos, ressaltam serem necessários pelo menos três meses de tratamento, para demonstrar melhora da incontinência urinária, quando se utiliza tratamento conservador. Faz-se importante também ressaltar que os pacientes atendidos nesta pesquisa continuaram os atendimentos, apesar de a coleta de dados ter-se encerrado, em função do prazo programado para o término da pesquisa.

Quanto à clientela atendida – 3 mulheres e 1 homem – o que convém ressaltar é que a única dificuldade encontrada, em relação ao gênero dos pacientes atendidos, se deu em torno da avaliação objetiva dos resultados. Para as mulheres, a evolução da força de contração pôde ser facilmente percebida e mensurada pelo toque vaginal. Assim, foi possível perceber, além da melhora da tonicidade da musculatura do assoalho pélvico, também o tempo de manutenção das contrações. Para o sexo masculino, a melhora pôde ser mensurada de maneira mais indireta, já que a presença de contração foi detectada externamente, pelo toque do núcleo fibroso central (abordado anteriormente). Outra alternativa seria a realização do toque retal, o que não foi possível no caso atendido, pela não aceitação do mesmo por parte do paciente.

Ao relacionar os resultados provenientes da terapia comportamental com o tipo de incontinência urinária detectada, foi possível perceber que o tratamento respondeu positivamente nas duas situações – incontinência de urgência e incontinência por esforço. Martins (2000) afirma que a terapia comportamental tem sido mais utilizada em pacientes com incontinência por urgência, porém resultados positivos têm aparecido no tratamento para a incontinência por esforço. Neste estudo, não se encontraram diferenças significativas em relação ao tempo de resposta ao tratamento e as características das perdas urinárias, já que todos os pacientes atendidos apresentaram redução das perdas urinárias muito semelhante, após uma média de 12 semanas de tratamento. Vale lembrar que se trabalhou com uma amostra pequena de sujeitos, o que não permite fazer generalizações ou inferências.

Avaliando as alternativas utilizadas durante as consultas de enfermagem para a educação em saúde, foi possível perceber a eficácia e aplicabilidade das ações de

cuidado, na prática. A orientação da alimentação com a minimização de irritantes vesicais mostrou-se eficaz, na medida em que os pacientes passavam a detectar o que de fato piorava as perdas urinárias. Dessa forma, eles próprios montavam seu cardápio diário, com base nas sugestões oferecidas pela pesquisadora. O que se percebeu, no entanto, foi que, na consulta que se seguia às orientações iniciais, muitos se esqueciam de algumas informações dadas anteriormente. Dessa forma, identificou-se a necessidade de fornecer, por escrito, todas as sugestões de alimentações e exercícios, o que veio a facilitar a fixação das orientações.

Referente aos exercícios, a sua orientação no consultório foi de extrema importância, já que permitiu a avaliação da correta realização, bem como permitiu que se detectassem as dificuldades encontradas por parte dos pacientes. Segundo o relato destes, a maior dificuldade encontrada era conseguir realizar os exercícios respirando adequadamente. Mesmo sendo essa a queixa principal dos pacientes, outras dificuldades também foram detectadas.

A primeira delas refere-se à realização correta dos exercícios. Tendo em vista que os músculos do assoalho pélvico são estruturas do corpo pouco utilizadas no cotidiano das pessoas, o grande desafio encontrado foi o de identificar esse grupo muscular. Concomitantemente aos exercícios, os pacientes costumavam contrair outra rede de músculos, usualmente chamada de “parasitas”. Isso porque, tendo em vista a dificuldade em isolar apenas a musculatura requerida, outras estruturas também acabavam sendo trabalhadas, como abdome, glúteo e parte medial da coxa. Essa contração indesejada seria facilmente detectada com o uso do *biofeedback*. Acredita-se, porém, que a ausência desse instrumento pôde ser suprida com o uso de outras alternativas. Dessa forma, algumas estratégias foram criadas para minimizar essa situação: 1) o uso da mão do próprio paciente sob o abdome, para detectar a movimentação deste; 2) realização dos exercícios durante o toque vaginal; 3) utilização de bolas colocadas entre as pernas, durante a contração.

Ao avaliar essas estratégias, foi possível perceber que as mesmas obtiveram resultado desejável, já que os pacientes, com a evolução dos encontros, eram capazes de realizar corretamente os exercícios, isolando a musculatura ideal, sem o uso de músculos parasitas. A realização correta dos exercícios pelos pacientes vem comprovar, mais uma vez, que os aparelhos como *biofeedback* e a eletroestimulação são coadjuvantes na reeducação perineal, mas não indispensáveis. Os resultados desta pesquisa mostraram ser possível a realização efetiva dos exercícios perineais, sem a

utilização desses equipamentos. Isso pode corroborar as pesquisas desenvolvidas por Bernardes et al. (2000) e Camargo (2000), que, ao compararem os tratamentos com e sem o uso de equipamentos, não encontraram significativas diferenças nos dois grupos pesquisados.

Transcendendo às questões referentes ao tratamento implementado, esta pesquisa convergente assistencial também propiciou realizar outras reflexões. A qualidade de vida dos pacientes com incontinência urinária foi um dos assuntos abordados, que merece atenção. Apesar de todos os pacientes atendidos terem demonstrado a assimilação da existência das perdas urinárias, no seu cotidiano diário, ficava evidenciado em seus relatos o impacto gerado por elas em suas vidas. O isolamento social, o constrangimento e a restrição das atividades foram os aspectos mais verbalizados pelos pacientes. O que chamou atenção é que, apesar desses transtornos, todos os pacientes demoraram a procurar por ajuda ou tratamentos. Sugere-se aqui, que nesse grupo atendido, isso poderia ser justificado pelo fato das perdas serem consideradas como naturais, no cotidiano desses pacientes, já que os mesmos não relataram sobre incontinência, ao falarem de suas atividades diárias.

Contudo, ao término do tratamento, diante de uma análise reflexiva com os pacientes, se pôde perceber que algumas mudanças puderam ser estabelecidas. Alguns pacientes iniciaram atividades físicas, entraram em grupos de idosos ou retomaram atividades que antes estavam esquecidas. Provavelmente, a melhora sentida em relação às perdas urinárias, com o conseqüente aumento da auto-estima, tenha propiciado uma melhora na qualidade de vida dos pacientes atendidos. Lopes e Higa (2006, p.34), ao concluírem sua pesquisa com mulheres incontinentes, puderam afirmar que a IU provoca sentimentos de baixa auto-estima, além de interferir na vida sexual, restringir o contato social, tarefas domésticas e de trabalho. Assim, foi possível perceber que o tratamento disponibilizado para esse grupo de pacientes contribuiu, sobremaneira, para que eles retornassem suas atividades normais, possivelmente impulsionados por um sentimento de melhora da auto-estima, culminando num incremento em sua qualidade de vida. Glashan et al. (2003), em sua pesquisa, também puderam ter essa mesma percepção, já que o tratamento implementado para a incontinência urinária em mulheres possibilitou a melhora da qualidade de vida diária, bem como possibilitou o resgate da auto-imagem e auto-estima.

E por fim, outro aspecto que aqui merece discussão refere-se à participação da família. Esta, por sua vez, pôde ser vista de fato como rede de apoio aos pacientes,

tendo fundamental importância na consecução do tratamento. Frequentemente, o que se percebe é que os pacientes acabam não relatando sobre o problema com amigos, familiares ou profissionais da saúde. Grosse & Sengler (2002) mostram que cerca de 70 % das mulheres que possuem distúrbios miccionais nunca falaram sobre o problema com seu médico. Diferentemente da amostra deste estudo, onde os pacientes já haviam sido atendidos por profissionais de saúde, que demonstraram conhecimento e sensibilidade suficiente para abordar o assunto. No grupo de pacientes atendidos, contudo, o comportamento destes acabou sendo peculiar, uma vez que a maioria havia relatado o assunto com filhas e cônjuge. Isso veio demonstrar a relação de confiança existente entre as partes, uma vez que a família mostrou-se presente e aberta, não só nas atividades instrumentais da vida diária, como também no compartilhar de problemas e preocupações.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa convergente assistencial, desenvolvida e apresentada, merece algumas reflexões. Primeiramente, cabe aqui ressaltar o grande desafio considerado, ao se colocar em prática os objetivos traçados no início deste trabalho. A utilização de uma nova metodologia de assistência de enfermagem para o paciente incontinente mostrou-se possível, além de desafiadora. Abordar o paciente incontinente não se constitui numa tarefa fácil, e esta se torna ainda mais complexa, quando se fala de pessoas em processo de envelhecimento. Feitas essas considerações preliminares, passo a apresentar minhas reflexões acerca da pesquisa desenvolvida.

Antes de tudo, irei abordar o referencial utilizado, e que deu sustentação teórico-metodológica a esta pesquisa convergente assistencial. A teoria proposta por Orem juntamente com os pressupostos de Freire foram essenciais para o avanço do estudo realizado. As premissas de autocuidado mostraram-se possíveis na prática, já que propiciaram a participação efetiva dos pacientes no seu tratamento. Estes, por sua vez, foram capazes de autocuidar-se, na medida em que eram eles os protagonistas das ações que envolviam, sobretudo, mudanças de comportamento consideradas essenciais na terapia comportamental. O autocuidado se iniciava com ações como mudanças de hábitos alimentares, chegando a atitudes mais complexas, como a realização diária e periódica dos exercícios perineais no domicílio.

Associados às atitudes de autocuidado, os ensinamentos de educação traçados por Paulo Freire mostraram-se indispensáveis, para a assistência prestada. A participação de cada paciente no processo de educação em saúde foi possível, já que estes decidiam quanto à escolha do tratamento e a melhor maneira de realizá-lo.

Nessa perspectiva, foram encontradas algumas dificuldades que só ficaram mais evidentes, quando revisava o material colhido. Assim, durante as escutas e leituras atentas das transcrições das fitas dos encontros, foi possível perceber o grande desafio que é educar, e não só ensinar. Por vezes, percebia-se que a vontade do paciente, embora não propositadamente, era influenciada pelas minhas percepções e conhecimentos acadêmicos. Dessa forma, o ir e vir na leitura atenta dos relatos e anotações gerados a cada encontro foi um verdadeiro aprendizado, uma forma encontrada para detectar as falhas, propiciando melhorias futuras. Aos poucos, fui me sentindo mais capaz de assimilar e colocar em prática os pressupostos adotados para a

pesquisa convergente assistencial, fazendo da educação participativa algo que ocorresse naturalmente nos encontros.

Ao abordar os eixos temáticos – hábitos de vida diários, a repercussão da incontinência urinária na qualidade de vida, a busca por suporte e tratamentos, a rede de apoio familiar e relações sociais – não se pretendeu aqui esgotar as questões que circundam a incontinência urinária. Mas, sim, trazer à tona discussões importantes e momentos de reflexão acerca desse problema tão complexo e, ao mesmo tempo, tão pouco discutido pelos profissionais da saúde.

Ao avaliar a pesquisa convergente assistencial realizada, na sua totalidade, algumas questões merecem ser aqui comentadas. Primeiramente, a proposta de implementar uma assistência de enfermagem para o paciente incontinente apresentou-se como algo inovador, não apenas pela metodologia utilizada, mas também pela singularidade considerada, ao se assistir pessoas em processo de envelhecimento. Não se pretendeu com o trabalho desenvolver com os pacientes apenas mudanças fisiológicas que culminassem na recuperação da continência urinária. As conquistas obtidas transcenderam esse aspecto, tendo sido possível despertar nos pacientes atendidos atitudes de autonomia, tomadas de consciência e mudanças de comportamento. Essas mudanças puderam contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, sendo este um importante diferencial da assistência prestada. Dessa forma, conclui-se que a pesquisa conseguiu de fato alcançar seus objetivos na totalidade, mostrando ser a urologia um campo possível para participação do enfermeiro. Além disso, mostrou que a assistência de enfermagem é capaz de ser inovadora e participativa, na medida em que permite que os pacientes sejam ativos nos processos de cuidado.

Finalizando, quero apontar as possíveis reflexões e contribuições deste estudo para a assistência, a pesquisa e o ensino. Na **assistência**, merece destaque a falta de serviços especializados e alternativas de tratamento para a incontinência urinária, com que se deparam os adultos e os idosos no Sistema Único de Saúde – SUS, na grande Florianópolis. Tal situação faz com que esses pacientes convivam, por longo tempo, com o problema ou, muitas vezes, se submetam a tratamentos invasivos desnecessários como, por exemplo, as cirurgias. Isso ainda ocorre mesmo que hoje já disponhamos de tratamentos conservadores que podem ser utilizados com sucesso, em muitos casos. Essa possibilidade pode levar o paciente adulto ou idoso à cura da incontinência ou melhora significativa do quadro, recuperando sua auto-

estima, independência e autonomia, o que acarreta melhora significativa de sua qualidade de vida. Além disso, o tratamento conservador representa uma possibilidade de reduzir custos tanto para o paciente, quanto para o sistema de saúde. Sob o ponto de vista da **pesquisa**, através deste estudo foi possível comprovar a viabilidade não apenas desse tipo de tratamento, mas especialmente da educação para o autocuidado junto a idosos. Nesse sentido, ousou dizer que a escolha do referencial teórico-metodológico foi fundamental para realização deste trabalho. Naturalmente, outros estudos precisam ser realizados, inclusive com uma amostra maior. Não podemos esquecer o significativo aumento de idosos na população em geral, e que estes possuem um maior potencial para a incontinência. Dentro da população de idosos, estima-se que cerca de 50 a 60% dos pacientes que moram em casas de repouso possuam incontinência urinária e, em especial na população acima de 60 anos e que mora em casa, encontramos de 20 a 30% de idosos com esse problema (URONEWS, 1998).

Por outro lado, esta pesquisa veio reforçar que se trata de mais uma área onde o enfermeiro tem um excelente espaço para atuação. Para tanto, percebe-se que é necessário investir mais na capacitação e treinamento desses profissionais. Assim, há que se sugerir que, no **ensino** da graduação, já se trabalhe com esses conteúdos junto aos alunos. Acredito, igualmente, que na pós-graduação *latu sensu* para enfermagem exista uma lacuna a ser preenchida nessa área do conhecimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.M., Fraga, A.M.A., MOREIRA, H.A., *et al.* Sensibilidade de dados da história clínica da detecção da incontinência urinária de esforço tipo esfinteriana. **J Bras Urol.**, São Paulo, n.25,p.122-125, jan-fev-mar,1999.

ALVAREZ, A.M. (2001). **Tendo que cuidar: A vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar.** Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem. Florianópolis: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 181 p.

AZEVEDO, G.R. **A assistência de enfermagem na reeducação vesical: Abordagens para o tratamento da incontinência urinária (terapia comportamental).** **Informativo Sobest**, São Paulo, ano 3, ed.4, p.3 e 4, 2001.

AZEVEDO, G.R. **Avaliação da Pessoa com Incontinências Urinária e Anal.** Rev. Enfermagem Atual, p.40-45, mar/abr, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERNARDES, N.O. et al. **Métodos de Tratamento Utilizados na Incontinência Urinária de Esforço Genuína:um Estudo Comparativo entre Cinesioterapia e Eletroestimulação Endovaginal.** Revista Brasileira de Ginecologia, v.2, n.1, p.49-54, 2000.

BRANDT, F.T et al. **Eletroestimulação no tratamento alternativo da incontinência urinária feminina.** Jornal Brasileiro de Ginecologia, v.105, n.11/12, p. 501-503, 1995.

BRUSCHINI, H., ROCHA, L.C. Incontinência Urinária. **Programa da Escola Superior de Urologia** Sociedade Brasileira de Urologia, São Paulo, 2004.

CAMARGO, A.L.M. (2000). **Cinesioterapia do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária de esforço**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação: Universidade Federal de São Paulo, 72p.

CAPONI et al. **A saúde como desafio ético**. Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995, p.160-168.

CARRAMÃO, S.S. et al. **Avaliação da eletroestimulação na terapêutica da incontinência urinária de esforço feminina**. Revista de Ginecologia e Obstetrícia, v.14, n.4, p.166-169, 2003.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1991, v.16.

CONTINENCE CENTER. **Distúrbios da Micção em Idosos** Available from World Wide Web [http:// www.continencecenter.com.br](http://www.continencecenter.com.br)

D`ANCONA, C.A.L. **Aplicações clínicas em Urodinâmica**. São Paulo: Atheneu 2001.

FÉRA, P., LELIS, M.A.S., GLASHAN, R.Q. Cateterismo vesical intermitente – Técnica limpa: aspectos práticos e de enfermagem. Prática Hospitalar 2000; ano II (12): 11-15.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996, 12^a ed, 165p.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, 17^a, ed 184p.

GEORGE, J. et al. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GLASHAN, R.Q. **Incontinência Urinária**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de São Paulo Available from World Wide Web <http://www.sbgg-sp.com.br>, 2004.

GLASHAN et al. Intervenções comportamentais e exercícios perineais no manejo da incontinência urinária em mulheres idosas. *Available from World Wide Web* <http://www.drashirleydecampos.com.br>, 2003.

GLASHAN, R.Q., LELIS, M.A.S. **Fatores de risco associados à incontinência urinária- É possível modificá-los?** Acta Paul. Enf., São Paulo, v.12, n.1, p.43-47, 1999.

GROSSE, D., SENGLER, J. **Reeducação Perineal**. Tradução: Stella Gylcerio. São Paulo: Manole, 2002, 141p.

HERRMANN, V. et al. **Eletroestimulação Transvaginal do Assoalho Pélvico no Tratamento da Incontinência Urinária de Esforço: Avaliações Clínica e Ultra-Sonográfica**. Rev. Associação Médica Brasileira, v.49, n.4, p.401-405, 2003.

HONÓRIO, G.S. (2005). Protocolo Conservador Fisioterapêutico: Uma Alternativa de Tratamento ao Homem Incontinente após Prostatectomia. Monografia do Curso de Pós-graduação de Fisioterapia em Uroginecologia: Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos, 69p.

KLÜBER, L. et al. **A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão**. Rev. Méd. PUCRS. Porto Alegre, v.12, n.3, 2000.

LELIS, M.A.S., GLASHAN, R.Q. O enfermeiro na Avaliação do Paciente com Incontinência Urinária. **Informativo Sobest**, São Paulo, ano 3, ed.4, p.2, 2001.

LIMA, M.M., BORBA, C.B.P. **Incontinência Urinária: Promovendo o Autocuidado Através da educação em Saúde com Pacientes Cirúrgicos**. Florianópolis, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

LOPES, M.H.B, HIGA,R. **Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher.** Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. V.40, n.1, p.34-41, 2006.

MARTINS, F.G. Tratamento conservador da incontinência urinária feminina. Urologia Contemporânea 2000, 6 (1) *Available from World Wide Web* <http://www.urocomtemp.com.br//>

MARTINS, R.M.L., Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Available from World Wide Web* <http://www.ivp.pt/millennium/Millennium27/14.htm>

MEDEIROS, S.A.R. **O lugar do velho no contexto familiar.** In: Py,L.; Pacheco, J.L.; Sá, J.L.M.; Goldman, S.N. Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais (Orgs.). Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 9 ed. São Paulo: Vozes, 1994.

Ministério da Saúde *Available from World Wide Web* <http://www.saúde.gov.br/programas/idoso/programas.htm>, 1999.

MORENO, A.L. **Fisioterapia em Uroginecologia.** São Paulo: Manole, 2004

NERI, A.L; FREIRE, S.A. **E por falar em boa velhice?** Campinas, SP: Papirus, 2000, 135p.

NITTI, V.W., COMBS, A. Urodynamic: when, why ande how. In: NITTI, V.W. Pratical Urodynamics. Philadelphia: WB Sauders, 1998, pp. 15-26.

OREM, DOROTHEA E. **Nursing: concepts of practice.** MOSBY: United State of America, 4 th ed, 1991, p.385.

PASCHOAL, S.M.P. **Autonomia e Independência.** In: Netto, M.P. **Gerontologia,** Rio de Janeiro: Atheneu, 1996, p.316.

_____. Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um Instrumento que Privilegia sua Opinião. São Paulo, 2000. 252p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

PINHEIRO, J.E.S; FREITAS, E.V. **Promoção da Saúde**. In: Py et al. Tempo de Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: NAU, 2004.

Política Nacional de Saúde do Idoso Available from World Wide Web <http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>.

RODRIGUES, R.A.P., MENDES, M.M.R. **Incontinência Urinária em Idosos: Proposta para a conduta da enfermeira**. Rev. Latino-americana de enfermagem. Ribeirão Preto: v.2, n.2, p.5-20, 1994.

RIGBDY, M. D. Regaining continence after radical prostatectomy. **Nursing Standard**, v.18, n.8, p.39-43, 2003.

SANTAROSA, R.P., KAPLAN, S.A. Incontinência urinária de esforço em mulheres. J Bras Urol 1997; 23 (2): 61-68.

SANTOS, S.M.A.. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do cuidador**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.

SANTOS, S.M.A.; RIFIOTIS, T. **Cuidadores Familiares de idosos Dementados: Uma Reflexão sobre o Cuidado e o Papel do Conflitos na Dinâmica da Família Cuidadora**. In: Simson, O. R. M. V; Neri, A. L.; Cachioni, M. (Orgs.). As Múltiplas Facetas da Velhice no Brasil. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.

SCHIER, Jordelina. **Tecnologia de educação em Saúde: o grupo aqui e agora**. Porto Alegre: Sulina, 2004, 144p.

SILVA, A. L.; ARRUDA, E. N. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problemas ou solução para a prática de enfermagem? Rev. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis: UFSC/PEN, v.2, n.1, jan/jun, 1993.

SHAW, P., Incontinência Urinária. Medical UpDate, São Paulo, ano 1 n.1, maio, 2003.

SOMMERHALDER, C., NERI, A. L. Avaliação Subjetiva da Tarefa de Cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: NERI, Anita L. (org.) **Cuidar de Idosos no Contexto da Família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea, 2001.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa Convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2^a ed. Florianópolis: Insular, 2004, 144p.

VELASQUEZ, M.D. et al. As trajetórias de Vida dos Cuidadores Principais. In: KARSCH, Ursula, M.S. (org). **Evelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA- UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1) Fale-me um pouco sobre a sua rotina diária.
- 2) Que tipo de ajuda a sra/sr precisa no seu cotidiano (vestir-se; cozinhar; fazer compras; sair a rua; lidar com as finanças, etc)?
- 3) Quem lhe ajuda no dia-a-dia ou com quem a sra/sr pode contar?
- 4) Com quem a sra/sr costuma compartilhar as suas preocupações?
- 5) Além dos encontros familiares onde mais a sra/sr costuma ir (grupos de idosos; grupos da igreja, trabalho voluntariado; etc)? Com que frequência?
- 6) Falem-me sobre suas atividades físicas e de lazer.
- 7) O que lhe causa alegria, satisfação ou sensação de bem estar?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

Formulário de avaliação de incontinência urinária

Data:/...../.....

IDENTIFICAÇÃO

| | |
|----------------------------|-----------------|
| Nome: | Idade: |
| Sexo: | |
| Profissão: | No. Prontuário: |
| Endereço: | Fone: |
| Escolaridade: | |
| Nome do Familiar Cuidador: | Idade: |
| Parentesco: | |

DADOS GERAIS DE SAÚDE

Antecedentes pessoais:

Altura: Peso: PA: FC: FR:
Doenças associadas: () DM () HAS () HPB () Cistocele () outras:
.....

Medicações em uso:

Sexualidade

Relações sexuais () Sim
() Não. Por

quê?.....

Alterações relatadas:

Há quanto tempo você vem perdendo urina?

- ☐ há menos de 6 meses
☐ há mais de 6 meses
☐ há mais de 1 ano
☐ há 2 anos ou mais

A perda de urina está associado à algum acontecimento específico em sua vida?

- ☐ Doença
- ☐ Parto
- ☐ Cirurgia.....
- ☐ Menopausa

Em que período do dia você costuma perder mais urina?

- ☐ durante o dia
- ☐ durante à noite
- ☐ dia e noite

Que tipo de proteção você costuma utilizar?

- ☐ nenhuma
- ☐ absorvente grosso
- ☐ toalhinhas
- ☐ fralda geriátrica
- ☐ absorvente fino

Com qual frequência você costuma trocar a sua proteção?

- ☐ Nenhuma
- ☐ três a quatro vezes ao dia
- ☐ uma vez ao dia
- ☐ cinco a seis vezes ao dia
- ☐ duas a três vezes ao dia
- ☐ seis vezes ou mais ao dia

Qual a quantidade de água ou suco que você costuma ingerir diariamente?

- ☐ Um copo
- ☐ Cinco à sete copos
- ☐ Dois copos
- ☐ Sete à nove copos
- ☐ Três a quatro copos
- ☐ Dez ou mais copos

Você teve história de infecção urinária nos últimos anos?

- ☐ Não
- ☐ Sim. Quando? (data).....

Se mulher, quantos partos vaginais já teve?

- ☐ Nenhum
- ☐ Três
- ☐ Um
- ☐ Quatro
- ☐ Dois
- ☐ Cinco ou mais

Qual destes eventos podem lhe fazer perder urina?

- ☐ Tosse
- ☐ Levantar-se da cadeira
- ☐ Espirro
- ☐ Atividades físicas
- ☐ Erguer objetos do chão
- ☐ Roupas difíceis de abrir
- ☐ Subir escadas
- ☐ Não Percebe que está perdendo urina
- ☐ Pressa de ir ao banheiro

Você tem a sensação de após urinar que sua bexiga não se esvaziou completamente?

☐ Sim ☐ Não

Você tem apresentado alguma alteração no hábito intestinal?

☐ Não ☐ Sim.

Quais:.....

Quais dos itens abaixo você costuma utilizar/ingerir?

☐ Chá ☐ Chocolates/ achocolatados
☐ Café ☐ Frutas cítricas
☐ Adoçantes à base de aspartame ☐ Diuréticos.
Outros:.....
☐ Refrigerante à base de cola ☐ Reposição hormonal

EXAME FÍSICO

☐ Prolapso:
☐ distância anovulvar:.....
☐ Troficidade ☐ 0 ☐ + ☐ ++ ☐ +++
Tonicidade do NFCP: ☐ normal ☐ hipertônico ☐ hipotônico

Tônus dos elevadores (sistema de Oxford):

☐ Grau 0- sem contração
☐ Grau 1- esboço de contração de pequena intensidade, mas que sustenta
☐ Grau 2- contração de pequena intensidade, mas que sustenta
☐ Grau 3- contração moderada, com um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos com pequena elevação cranial da parede vaginal
☐ Grau 4- contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal
☐ Grau 5- contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfese púbica.

Avaliação dos exercícios:

Tempo de manutenção:

Número de repetições:.....

Contrações parasitas: ☐ abdominais ☐ adutores ☐ glúteos ☐ apnéia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO^{4[1]}

Eu,.....,

declaro estar de acordo em participar da pesquisa: “Educação para o autocuidado: uma alternativa de assistência de enfermagem ao adulto e idoso com incontinência urinária”, de autoria da mestrandia Melissa Orlandi Honório, sob orientação e tendo como pesquisadora responsável, a professora doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos. Esta pesquisa será desenvolvida junto a adultos e idosos com incontinência urinária, através de consultas de enfermagem e de forma individualizada, com o objetivo de propiciar a estas pessoas, através do autocuidado, a recuperação da continência urinária.

Fui orientado e estou ciente que todas as informações obtidas serão tratadas com o máximo respeito e, que o anonimato e sigilo serão garantidos durante todo o processo de coleta de dados, tratamento, relatório final e divulgação do trabalho no meio acadêmico e em publicações científicas.

Estou ciente de que os responsáveis pela pesquisa estarão aptos a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho bem como poderei solicitar para averiguação, a qualquer momento, todo material produzido em nossos encontros. A minha participação é voluntária e posso desistir a qualquer momento.

Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desta pesquisa.

Assinatura do participante

RG:

^{4[1]} Adaptado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes do projeto - Silvia Maria Azevedo dos Santos. Cuidadores Familiares de Idosos Demenciados Descendentes de diferentes Culturas e suas Percepções sobre o Envelhecimento a Saúde Mental [tese]. Campinas: Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

Meios de Contato:

Pesquisadora principal: Melissa Orlandi Honório

Fones: 3228 -2959 (Res.)

9119-0466 (Cel.)

Pesquisadora responsável: Silvia Maria Azevedo dos Santos

Fones: 3331-9480 (Com.)/ 96086836 (cel)